

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOSOCIAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Por

MCE. ROGER QUINTANA LAGUNAS

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOSOCIAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Por

MCE. ROGER QUINTANA LAGUNAS

Director de Tesis

DRA. NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOSOCIAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Por

MCE. ROGER QUINTANA LAGUNAS

Co-asesor Externo

DR. LUIS IVÁN MAYOR SILVA

Profesor de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de Universidad
Complutense de Madrid, España.

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOSOCIAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Por

MCE. ROGER QUINTANA LAGUNAS

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

MODELO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOSOCIAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Aprobación de Tesis

Dra. Nora Angélica Armendáriz García

Director de Tesis

Dra. Nora Angélica Armendáriz García

Presidente

Dra. Karla Selene López

Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.

2do. Vocal

Dr. Luis Iván Mayor Silva

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Facultad de Enfermería y a sus autoridades por permitirme ser parte de tan prestigiosa casa de estudios, brindarme tantas oportunidades en el camino y con ello enriquecerme en conocimiento hasta el final.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la financiación en mi formación como Doctor en Ciencias de Enfermería.

Agradezco a la Líder del Cuerpo Académico “Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas”, la Dra. María Magdalena Alonso Castillo y a todos los miembros y colaboradores por transmitirme su pasión por conocer acerca de la temática de las adicciones y su prevención, por permitirme formar parte e integrarme a participar en proyectos de investigación y divulgación en temas de adicciones, eso fue para mí muy enriquecedor, gracias.

Así mismo, quiero expresar un agradecimiento especial a mi Directora de Tesis, la Dra. Nora Angélica Armendáriz García por su dedicación al compartir sus conocimientos y experiencias, por el apoyo, la motivación, por el respeto a mis sugerencias e ideas, por comprender mis áreas de oportunidad y por el rigor empleado. Sin su dirección no habría sido posible este logro.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, la Dra. Karla Selene López García, el Dr. Marco Vinicio Gómez Meza y al Dr. Luis Iván Mayor Silva por sus aportaciones para el fortalecimiento y enriquecimiento de la investigación.

Agradezco a todos los profesores y a todo el personal administrativo de la Facultad de Enfermería por su apoyo profesional, personal y humano. Sin ellos habría sido más difícil o imposible alcanzar los objetivos planteados.

A las autoridades del Hospital Universitario, al personal de Enfermería y personal administrativo del Departamento de Obstetricia y en especial a las participantes por brindarme un espacio y las facilidades para recolección de datos.

Dedicatoria

A Dios por darme ayuda, fortaleza, entendimiento, sabiduría y paz.

A la comunidad científica, en pos del desarrollo de las Ciencias de la Salud, la profesión de Enfermería y del desarrollo de su conocimiento.

A toda mi familia, pero en especial a mis padres quienes, metafóricamente hablando, siempre me enseñaron a pescar y además me ayudaron a tirar del anzuelo. Ellos me alentaron a estudiar un Doctorado y me ayudaron desde el principio hasta el final a culminarlo. A mis hermanos por mostrarme siempre su amor incondicional a pesar de la distancia y motivarme a seguir estudiando para que en el futuro realizar juntos nuestro más grande sueño.

A mi novia, Cynthia Berenice Rueda Sánchez por su compañía, ayuda, colaboración, cariño incondicional y comprensión en tiempos de seminario y en general en todo momento.

A mis compañeros de clase, quienes se convirtieron en verdaderos amigos. Con ellos compartí vivencias académicas y personales que nos fortalecieron durante todo el proceso de formación. Gracias por todo el apoyo y sugerencias.

Sin duda también a todos mis amigos; decirles que escribir y sobre todo terminar “la tesis” es posible y a pesar de sus fallas, es bueno considerar que en el desarrollo del conocimiento no existen propuestas equivocadas, sino que se avanza de una verdad pequeña a una verdad más grande.

Resumen

MCE. Roger Quintana Lagunas
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación:

Título del estudio: MODELO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Número de páginas: 151

Candidato a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de adicciones a las drogas lícitas e ilícitas

Propósito y Método del Estudio: Determinar la capacidad explicativa de los síntomas, familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de amigas o familiares embarazadas), conocimientos sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido y la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol), así mismo sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas. De diseño correlacional, predictivo y de comprobación de modelo. La población se conformó por adolescentes embarazadas en cualquier trimestre del embarazo, entre 12 y 19 años de edad que acudieron a consulta prenatal de un hospital público de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue sistemático de uno en $k = 2$ con un inicio aleatorio entre pares y nones de las participantes citadas en la consulta hasta completar el total de la muestra. Se realizó la recolección de los datos de forma digital y la determinación del tamaño de muestra se realizó por medio del ajuste de un Modelo de Regresión Lineal Múltiple que incluye 7 variables independientes. Se utilizó el paquete estadístico nQuery Advisor v. 4.0 con un nivel de significancia de .05, una potencia de 90% y un tamaño de efecto de .08 que se considera entre mediano y pequeño según Cohen (1988), obteniéndose un total de muestra de 202 participantes. Se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos, Obstétricos y de Consumo de Alcohol. Así mismo para la medición de las variables independientes se utilizaron 6 seis instrumentos: Inventario de síntomas del embarazo ($\alpha = .90$), Cuestionario de conocimientos en el embarazo ($\alpha = .61$), Escala de incertidumbre de Mishel ($\alpha = .89$), Escala de estrés percibido ($\alpha = .74$), Sub-escalas de búsqueda de apoyo familiar ($\alpha = .88$) y profesional de salud ($\alpha = .89$), y el cuestionario de evaluación prenatal ($\alpha = .91$). Para los datos sociodemográficos, obstétricos y de consumo de alcohol se utilizaron estadísticas descriptivas. Así mismo, se aplicó la Prueba de Bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas propuestas en el modelo. Dado que el supuesto de distribución normal no se cumple, se decidió el uso de pruebas estadísticas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos e hipótesis.

Contribución y conclusiones: Se observó que el 78.7% tienen entre 17 y 19 años de edad; que el 53.5% de las adolescentes embarazadas tienen entre 8 y 12 años de escolaridad; el 56.4% se encuentran en unión libre; el 46.5% de las adolescentes

embarazadas se encuentran entre la semana 27 y la semana 42 de embarazo; el 79.2% han tenido solo un embarazo y el 7.9% han tenido al menos un aborto. También se encontró que 93.6% han acudido a 10 o más consultas prenatales y que el 80.2% acudieron a su primera consulta durante el primer trimestre. Respecto a las prevalencias de consumo de alcohol, se observó que el 74.3% no consumieron alcohol en el último año, el 79.7% no consumieron durante el embarazo, solo el 3% consumieron alcohol durante el último mes y el 1% consumieron alcohol en los últimos siete días. Los síntomas del embarazo mostraron una relación positiva y significativa con la incertidumbre en adolescentes embarazadas ($r_s = .306, p < .001$). Los embarazos previos, la familiaridad con el embarazo y los conocimientos no mostraron una relación significativa con la incertidumbre en adolescentes embarazadas ($p > .05$). La incertidumbre y el estrés percibido mostraron una relación positiva y significativa ($r_s = .460, p < .001$). No se observó relación significativa del estrés percibido y búsqueda de apoyo familiar ($p > .05$). Sin embargo, se observó una relación negativa y significativa entre el estrés percibido y la búsqueda de apoyo profesional de salud ($r_s = -.244, p < .001$). En cuanto a la búsqueda de apoyo familiar, se encontró una relación negativa y significativa ($r_s = -.158, p = .024$) con el bienestar físico (no consumo de alcohol). Sin embargo, esta no presentó relación significativa con el bienestar psicosocial ($r_s = -.101, p > .05$). En cuanto a la búsqueda de apoyo profesional de salud se encontró relación negativa y significativa con el bienestar físico (no consumo de alcohol) ($r_s = -.183, p = .009$). La búsqueda de apoyo profesional de salud mostró relación positiva y significativa con el bienestar psicosocial ($r_s = .238, p < .001$). Los síntomas del embarazo tienen efecto directo y significativo sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas ($\beta = .407, p < .001$). Sin embargo, el número de embarazos previos en las adolescentes, así como el número de experiencias de familiares o amigas embarazadas no mostraron un efecto significativo ($p > .05$). No se observó efecto significativo del conocimiento sobre el embarazo con la incertidumbre en adolescentes embarazadas ($p > .05$). La incertidumbre mostró un efecto directo sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas ($\beta = .370, p < .001$). El estrés percibido mostró un efecto inverso sobre la búsqueda de apoyo familiar (familiar y profesional de salud) ($\beta = -.314, p = .009$). La búsqueda de apoyo social presentó efecto inverso sobre el no consumo de alcohol durante el embarazo ($\beta = -.021, p = .005$). La búsqueda de apoyo social mostró un efecto directo y significativo sobre el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas ($\beta = .156, p < .001$). El Modelo de Regresión Logística para identificar el efecto de los síntomas del embarazo, la familiaridad con el embarazo, los conocimientos acerca del embarazo, la incertidumbre, el estrés percibido, la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) no mostró significancia estadística ($\chi^2 = 9.420, p > .05$) para explicar el bienestar físico (no consumo de alcohol). Sin embargo, en cuanto al bienestar psicosocial, si fue significativo y explicó el 26.2% de esta. Se observaron efectos inversos y significativos de la incertidumbre ($\beta = -.202, p < .001$) y el estrés percibido ($\beta = -.469, p < .001$) sobre el bienestar psicosocial. Se recomienda al personal de enfermería indagar acerca de consumo de alcohol y fomentar la consejería para su abstinencia. Así mismo, considerar la incertidumbre y el estrés como predictores del bienestar psicosocial.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco teórico	10
Substracción de la teoría	13
Substracción de proposiciones	16
Estudios relacionados	24
Síntomas del embarazo.	24
Familiaridad con el embarazo.	26
Incertidumbre.	27
Estrés percibido	31
Estrategias de afrontamiento	32
<i>Búsqueda de apoyo social.</i>	32
<i>Búsqueda de Apoyo profesional de salud.</i>	33
Bienestar físico.	35
Bienestar psicosocial.	38
Definición de Términos	40
Objetivo General	43
Objetivos específicos	43
Hipótesis	44
Capítulo II	45
Metodología	45

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Diseño del estudio	45
Población, muestreo y muestra	45
Criterio de exclusión	46
Instrumentos de medición	46
Procedimiento de recolección de datos	54
Consideraciones éticas	56
Análisis de datos	58
Capítulo III	60
Resultados	60
Confiabilidad de los instrumentos	60
Estadística descriptiva	61
Estadística inferencial	82
Prevalencias del consumo de alcohol	86
Capítulo IV	102
Discusión	102
Conclusiones	114
Limitaciones	116
Recomendaciones	116
Apéndices	129
A. Cuestionario de Pfeiffer	130
B. Cédula de datos sociodemográficos, obstétricos y de prevalencia de consumo de alcohol	131

Tabla de Contenido

Contenido	Página
C. Inventario de síntomas del embarazo	133
D. Cuestionario de conocimientos en el embarazo	135
E. Escala de incertidumbre de Mishel	136
F. Escala de Estrés percibido	138
G. Escala de afrontamiento para adolescentes	140
H. Cuestionario de evaluación prenatal	141
I. Consentimiento informado (Familiar)	145
J. Asentimiento informado (AE)	148
K. Consentimiento informado (AE)	150

Lista de Tablas

Tabla		Página
1.	Coeficientes Alpha de Cronbach de los instrumentos	60
2.	Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas	61
3.	Características obstétricas de las adolescentes embarazadas	62
4.	Frecuencias y porcentajes del inventario de síntomas del embarazo	63
5.	Frecuencias y porcentajes del cuestionario de conocimientos en el Embarazo	67
6.	Escala de Incertidumbre de Mishel	68
7.	Frecuencias y porcentajes de la escala de incertidumbre de Mishel	70
8.	Escala de estrés percibido	71
9.	Frecuencias y porcentajes de la escala de estrés percibido en adolescentes embarazadas	73
10.	Sub-escala de búsqueda de apoyo familiar	74
11.	Frecuencias y porcentajes de sub-escala de búsqueda apoyo familiar	75
12.	Sub-escala de búsqueda de apoyo profesional de salud	75
13.	Frecuencias y porcentajes de la sub-escala búsqueda de apoyo profesional de salud	76
14.	Cuestionario de evaluación prenatal	77
15.	Frecuencias y porcentajes del cuestionario de evaluación prenatal	79
16.	Medidas de tendencia central, de dispersión y resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables numéricas e índices de las escalas de medición.	82
17.	Prevalencias de consumo de alcohol en adolescentes embarazadas	85

Lista de Tablas

Tabla		Página
18.	Coeficientes de Correlación de Spearman entre los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo, conocimientos sobre el embarazo e incertidumbre en adolescentes embarazadas	86
19.	Coeficientes de Correlación de Spearman entre la incertidumbre y el estrés percibido en adolescentes embarazadas	87
20.	Coeficientes de Correlación de Spearman entre el estrés percibido y la búsqueda de apoyo familiar y profesional de salud en adolescentes embarazadas	88
21.	Coeficientes de Correlación de Spearman entre la búsqueda de apoyo familiar, búsqueda de apoyo profesional de salud y el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)	89
22.	Regresión Lineal Múltiple del efecto de los síntomas del embarazo, embarazos previos y experiencias de familiares y amigas embarazadas sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas	90
23.	Modelo de Regresión Lineal Simple del efecto del conocimiento sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas	91
24.	Modelo de Regresión Lineal Simple del efecto de la incertidumbre sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas.	92
25.	Modelo de Regresión Lineal Simple del efecto del estrés percibido sobre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) en adolescentes embarazadas	93

Lista de Tablas

Tabla		Página
26.	Modelo de Regresión Logística del efecto de la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) en adolescentes embarazadas	94
27.	Modelo de Regresión Lineal Simple de la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)	95
28.	Modelo de Regresión Logística Múltiple de los síntomas, familiaridad con el embarazo, conocimientos, incertidumbre, estrés percibido, búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) en adolescentes embarazadas	96
29.	Regresión Lineal Múltiple de los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencias de familiares y amigas embarazadas) conocimientos sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido y búsqueda de apoyo social sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)	98
30.	Modelo final de Regresión Lineal Múltiple mediante Método Backward de los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencias de familiares y amigas embarazadas), conocimientos sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido y búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)	99
31	Regresión Lineal Múltiple la incertidumbre y el estrés percibido sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal).	100

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de la incertidumbre en la enfermedad (Mishel, 1988). Adaptado de “Uncertainty in Illness”	12
2. Primera proposición “Los síntomas del embarazo y la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de familiares o amigas embarazadas), reducen la incertidumbre en adolescentes embarazadas”.	16
3. Segunda proposición “Los conocimientos sobre el embarazo podrían influir en la incertidumbre en las adolescentes embarazadas”	17
4. Tercera proposición “La incertidumbre podría influir en el estrés percibido en las adolescentes embarazadas”	18
5. Cuarta proposición “La incertidumbre valorada como peligro (estrés percibido), podría influir en las estrategias de afrontamiento como la búsqueda de social (familiar y profesional de salud en adolescentes embarazadas”	19
6. Quinta proposición “La búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) podría influir en el bienestar físico (no consumo de alcohol) y en el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en las adolescentes embarazadas”	20
7. Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el bienestar físico (no consumo de alcohol) y bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en las adolescentes embarazadas	21
8. Formulación Conceptual-Teórica-Empírica derivada de la Teoría de la Incertidumbre de Mishel (1988)	22

Capítulo I

Introducción

Para la mayoría de las mujeres en especial para las adolescentes, el embarazo marca un cambio significativo en su vida (Casanueva & Fajardo, 2015; Klima, 2003; Prado, 2012; Quintero & Rojas, 2015). Las mujeres embarazadas con frecuencia se vuelven más introspectivas, surgen en ellas ideas de aceptación y protección al bebé, se centran en los cambios del embarazo y se inclinan a buscar apoyo e información para ajustar comportamientos que favorezcan un ambiente saludable para su bebé. Sin embargo, algunas adolescentes embarazadas podrían no estar preparadas para su embarazo debido a que se encuentran en etapa de desarrollo tanto físico como emocional. A nivel físico un embarazo en la adolescencia aumenta el riesgo a complicaciones debido a la inmadurez del sistema reproductivo (Aguilar & Gutiérrez, 2017; Mora & Hernández, 2015).

Entre las complicaciones más frecuentes en las adolescentes que tienen mayor probabilidad de presentarse se encuentran la preeclampsia, eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas, entre otras complicaciones que incrementan el riesgo de presentar muerte materna y/o fetal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Aunado a lo anterior a nivel psicológico las adolescentes pueden enfrentar dificultades derivadas de la situación del embarazo que se encuentran experimentando debido a que todavía están en proceso de desarrollo emocional y lo anterior puede limitar que respondan de forma positiva ante diversas situaciones que les podría representar riesgo. Esto puede producir a nivel psicológico una carga emocional que podría generar sentimientos de malestar en las adolescentes embarazadas y efectos negativos en el desarrollo del bebe en gestación (Mora & Hernández, 2015; Prías-Venegas & Miranda-Mellado, 2009; Quintero & Rojas, 2015).

Se ha identificado que ante una situación que es desconocida y que representa asumir nuevas responsabilidades se pueden producir preocupaciones y estrés en las

adolescentes embarazadas (Giurgescu et al., 2006; Lederman & Weis, 2009; Mora & Hernández, 2015). El estrés durante el embarazo se ha asociado con resultados negativos en la salud de la madre y el bebé en gestación (Van Den Bergh et al., 2005).

Las dudas y preocupación presentes en las adolescentes embarazadas se asocian frecuentemente con el embarazo, la inmadurez que tiene, el desconocimiento del proceso de este, el rol materno y la crianza de los hijos. A su vez, esto influye en la puesta en marcha de cuidados que las adolescentes requieren para la salud de sí misma y de su hijo durante el embarazo (Mora & Hernández, 2015). Uno de los cambios en el estilo de vida que deben realizar las mujeres embarazadas es la abstinencia hacia el consumo de alcohol. Sin embargo, debido a la vulnerabilidad, el embarazo puede generar estrés en las adolescentes embarazadas y esto podría provocar que se afronte de forma negativa a través del consumo de alcohol (Veloso & Monteiro, 2013b).

La evidencia muestra que las adolescentes son más propensas a consumir alcohol durante el embarazo que otras mujeres de cualquier otra edad debido quizás a escaso conocimientos de los riesgos así como posibles limitaciones cognitivas y sociales características de esta etapa de desarrollo (Bottorff et al., 2014). En países como España, Canadá y Brasil se han reportado prevalencias de este consumo entre 20% y 32.4% (Bottorff et al., 2014; Veloso & Monteiro, 2013a). En México algunos estudios muestran prevalencias en adolescentes embarazadas entre 6.9% y 14.5% (Favela-Ocano et al., 2008; Zamudio et al., 2018). El consumo de alcohol en adolescentes embarazadas (CADE) incrementa el riesgo de nacimientos prematuros, muerte fetal, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y algunos efectos negativos en el desarrollo pre y posnatal denominados Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal [TEAF] (González & Matute, 2013; Krans, Moloci, Housey, & Davis, 2014; Miyake, Tanaka, Okubo, Sasaki, & Arakawa, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2014; Popova, Lange, Probst, Parunashvili, & Rehm, 2017; Ruisch, Dietrich, Glennon, Buitelaar, & Hoekstra, 2017).

Existe evidencia que algunos factores como la edad podrían estar relacionados con el CADE, en adolescentes embarazadas con menor edad se ha observado que estas presentan mayor consumo de alcohol (Bottorff et al., 2014). Así mismo, se ha evidenciado que el periodo de gestación tiene relación con este consumo, en Estados Unidos de América cerca de la mitad de las embarazadas exponen a su bebé a los efectos del alcohol en las primeras seis semanas debido a que desconocían que estaban embarazadas (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2016). El estado civil de igual manera se ha relacionado con el CADE (Van der Wulp et al., 2015, 2016). Si las adolescentes embarazadas se encuentran solteras existen 3 veces mayor probabilidad de consumo (Veloso & Monteiro, 2013b). Esto podría deberse a que las adolescentes no cuentan con los recursos para enfrentar situaciones relacionadas con su embarazo que resultan inciertas para ellas.

La incertidumbre en las adolescentes embarazadas puede surgir debido a la experimentación de síntomas del embarazo (Lederman & Weis, 2009), por la falta de experiencia o por el déficit en los conocimientos acerca del desarrollo de su estado (Leichtentritt et al., 2005). Esta incertidumbre se ha identificado como un factor que influye en el estrés (Leichtentritt et al., 2005). Por tal motivo el estrés que perciben las adolescentes podría ocasionar que desconozcan aún más los cambios que están experimentando e ignoran como actuar o afrontar su embarazo (Arnau et al., 2016; Giurgescu et al., 2006).

Sin embargo, en algunas adolescentes embarazadas también pueden estar presentes estrategias de afrontamiento que les permiten dar respuesta a la incertidumbre y estrés (Klima, 2003; Mora & Hernández, 2015), uno de ellas es la búsqueda del apoyo social. Esta estrategia puede reducir los efectos negativos en momentos de crisis y promover la adaptación mediante el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial. En las adolescentes embarazadas la búsqueda del apoyo social

puede ser hacia la pareja (Van der Wulp et al., 2015), los padres y los profesionales de enfermería.

Aquellas adolescentes que recurren al apoyo de una pareja estable disminuyen hasta tres veces la probabilidad de consumir alcohol durante el embarazo (Veloso & Monteiro, 2013b, 2013a). Así mismo las adolescentes embarazadas que buscan el apoyo de ambos padres presentaron mayor satisfacción respecto a su embarazo y hasta 2 veces menor probabilidad de consumir alcohol durante el mismo (Veloso & Monteiro, 2013a).

Aunado a lo anterior quienes acudieron a su primera consulta de atención prenatal antes de la 13ª semana de gestación y aquellas que buscaron consejería respecto al consumo de alcohol por parte del profesional de la salud mostraron abstinencia de alcohol durante todo el embarazo así como un mayor bienestar psicológico (Giurgescu et al., 2006; National Institute for Health and Care Excellence, 2010; Van der Wulp et al., 2014).

Las adolescentes embarazadas tienen que adaptarse a los diversos cambios físicos, psicológicos y sociales propios del embarazo, así como asumir un nuevo rol de madres y propiciar un desarrollo saludable del embarazo (Armengol et al., 2007; Quintero & Rojas, 2015). Se ha evidenciado que la forma en que las adolescentes se adaptan a su embarazo puede depender de cómo evalúa el significado del embarazo y esto a su vez del estrés que se puede generar y así como la forma en cómo lo afrontan (Della, 2006; Mora & Hernández, 2015; Prías-Venegas & Miranda-Mellado, 2009). Sin embargo, se identifica un vacío del conocimiento ya que hasta el momento no se han localizado estudios bajo modelos desde la perspectiva de enfermería que aborden la incertidumbre, el estrés percibido, la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) así como su relación con el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal).

Dentro de la disciplina de enfermería existe la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad (TIE) propuesta por la Dra. Merle Mishel (1988); esta teoría podría

constituir un referente apropiado para explicar la incertidumbre que genera el embarazo en las adolescentes y su relación con el consumo de alcohol con una visión desde la disciplina. Esto se deduce debido a que la teoría refiere que la persona procesa cognitivamente estímulos relacionados con la enfermedad y construye un significado de peligro o de oportunidad que las dirige a implementar estrategias de afrontamiento que en consecuencia da como resultado el logro de la adaptación a la condición de salud y comportamiento.

Si bien el embarazo no se considera una enfermedad, en la adolescencia es una situación vulnerable debido a los riesgos y limitaciones que se tienen a esta edad (Mora & Hernández, 2015). Por ejemplo, la presencia de síntomas del embarazo como mareos, náuseas, vómitos, dolores, fatiga entre otros problemas o limitaciones implican mayor incomodidad (García-Regalado & Montañez-Vargas, 2012; Lederman & Weis, 2009). Incluso si los síntomas son leves o de corta duración, pueden afectar a la mujer embarazada y ser un estímulo que aumente el estado incertidumbre y la percepción de estrés. La prevalencia de síntomas del embarazo se ha asociado con niveles más altos de estrés (Lederman & Weis, 2020).

Así mismo, otro estímulo que puede estar presente en el embarazo y que pudiera estar relacionado con la incertidumbre son las experiencias de embarazos de mujeres cercanas o embarazos previos. Aquellas adolescentes embarazadas sin embarazos previos podrían considerar el embarazo como algo desconocido y presentar mayor incertidumbre. Al respecto se han identificado pocos estudios, no obstante se considera que las primigestas relacionan su experiencia en el embarazo con las experiencias de amigas o familiares, así como con los recuerdos con su madre, mientras que las mujeres con embarazos previos asocian su embarazo en base a su propia experiencia (García-Regalado & Montañez-Vargas, 2012; Lederman & Weis, 2009). Por lo cual las experiencias propias y experiencia de familiares o amigas embarazadas podrían estar relacionadas con la incertidumbre durante el embarazo.

Aunado a lo anterior, las adolescentes también podrían contar con recursos como el nivel educativo que le ayuden a reducir la incertidumbre que les genera el embarazo. Uno de estos recursos en mujeres embarazadas es el conocimiento. En la literatura no se ha localizado evidencia suficiente que aquellas mujeres que tienen mayor conocimiento sobre el embarazo y el parto parecen estar menos preocupadas sobre los riesgos del embarazo, los temores y la pérdida de control durante el parto (Lederman & Weis, 2009). Por lo anterior se deduce que el conocimiento puede estar ligado al nivel de escolaridad y comprensión cognitiva de la etapa de desarrollo que atraviesa la adolescente. Según Mishel (1988) la incertidumbre es un estado neutral que no es deseado o evitado hasta que se valora.

La incertidumbre percibida como un peligro está asociada a respuestas o trastornos emocionales como estrés o malestar psicológico (Çevik & Yağmur, 2018). El embarazo, por ser una experiencia de vida con demandas, restricciones y un porvenir incierto puede resultar que las adolescentes lo valoren como una situación de peligro que les generen problemas emocionales o psicológicos. Uno de esos problemas psicológicos más comunes entre las adolescentes embarazadas es el estrés percibido (Rodríguez & Flores, 2018). El estrés se considera un estado producido por demandas que resultan excesivas a las habilidades con las que las adolescentes cuentan para afrontar estas demandas. Esto a su vez amenaza su bienestar (Solís & Vidal, 2006). En las adolescentes embarazadas, la percepción del estrés incrementa el riesgo de presentar complicaciones a nivel físico, emocional y cognitivo (Farshid et al., 2018; Lederman & Weis, 2009). Sin embargo, este depende de la reacción y el grado de afrontamiento y adaptación al embarazo (Della, 2006; Solís & Vidal, 2006).

El proceso de afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual orientado a utilizar estrategias de afrontamiento para tratar las situaciones estresantes con el fin de reducirlas o eliminarlas. Los procesos concretos y específicos que se utilizan se denominan estrategias de afrontamiento. La búsqueda de apoyo social (familiar y

profesional) es una estrategia de afrontamiento que consiste en compartir el problema con otros y buscar su apoyo, así como buscar la opinión de un profesional (Solís & Vidal, 2006). Durante el embarazo se ha identificado que la búsqueda de apoyo social por parte de las adolescentes se realiza principalmente hacia personas significativas para ella como la pareja, la familia y la búsqueda de apoyo de profesional salud entre los que se destaca la ayuda de los profesionales de enfermería (Casanueva & Fajardo, 2015; Mora & Hernández, 2015).

Según la literatura, la pareja es la principal fuente de apoyo para las adolescentes embarazadas (Högberg et al., 2016); cuando la pareja asume su responsabilidad paterna esto produce en las adolescentes embarazadas una situación de soporte y estabilidad afectivo, económico y social (Noguera & Alvarado, 2012). De igual manera los padres son un apoyo significativo para las adolescentes embarazadas debido a que si no cuentan con el soporte de ambos padres que expresen sus afectos y sentimientos e incluso que le brinden sustento económico podría influir de forma negativa en su bienestar físico y psicosocial por medio del consumo de alcohol durante el embarazo (Casanueva & Fajardo, 2015; Zambrano et al., 2012). La relación de las adolescentes embarazadas con su madre de igual manera se ha relacionado con la identificación con el rol materno y puede estar relacionado con menor nivel de incertidumbre (Lederman & Weis, 2009).

En relación a los profesionales de enfermería se ha identificado que estos tienen un papel significativo durante la atención prenatal ya que brindan información confiable con la cual la adolescente pudiera estar más consciente de las implicaciones de su embarazo y de los riesgos que este puede generar (Krans et al., 2014; Lima & de Souza, 2010; Törrönen & Tryggvesson, 2015; Watkins et al., 2015). Se ha evidenciado que las adolescentes embarazadas consideran al profesional de salud como una fuente importante y confiable de información acerca del consumo de alcohol durante el embarazo (Van der Wulp et al., 2013).

La puesta en marcha de estrategias de afrontamiento puede ayudar a tener éxito en la adaptación de la adolescente embarazada (Della, 2006). La adaptación según Mishel (1988) se refiere al comportamiento saludable de la persona, o el bienestar definido de manera individual. Este bienestar puede plantearse a nivel físico y psicosocial. En el presente estudio el bienestar físico es lo considerado con practicar hábitos de vida saludable como el no consumo de alcohol. Respecto al bienestar psicosocial, este se considera como la adaptación a su estado actual de embarazo, producto de las circunstancias sociales y psicológicas en las que viven las adolescentes y que tienen una influencia significativa en su motivación para la maternidad (Armengol et al., 2007).

En base a la teoría de Mishel (1988) el presente estudio establece que la incertidumbre puede ser vista como un peligro a través del proceso de inferencia y resultar en las adolescentes embarazadas en estrés. En consecuencia, el estrés percibido podría dirigir a las adolescentes embarazadas a utilizar estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional (Della, 2006). De ser así podría ocurrir la adaptación de las adolescentes al embarazo y por consiguiente el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal). Sin embargo, al considerar que la exposición al estrés es psicológicamente angustiante y más aún cuando no se cuenta con los recursos y estrategias para afrontarlo, se deduce que puede aumentar el riesgo de afrontarlo de una forma negativa y consumir alcohol durante el embarazo (Hinojosa, 2017).

Debido a lo anterior, se plantea la necesidad de desarrollar un modelo explicativo que permita establecer la interacción de los estímulos como síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo y recursos como el conocimiento acerca del embarazo que pueden influir en la incertidumbre, el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y el logro del bienestar físico y psicosocial de las adolescentes embarazadas. La literatura revisada hasta el momento permite identificar algunos síntomas como dolor, náuseas o

fatiga (Weiss et al., 2002), así como la presencia de embarazos previos (Lederman & Weis, 2020) y los conocimientos acerca del embarazo (Mengole-Amaya & Iannacone, 2010) actúan favorable o desfavorablemente en la incertidumbre que genera en embarazo en la adolescencia. La búsqueda de la literatura de igual manera permitió identificar que la incertidumbre que enfrentan las embarazadas ha sido estudiada con modelos explicativos desde la perspectiva psicológica, centrándose en el bienestar psicológico (Dalton, 2014).

No obstante, se identifica un vacío del conocimiento ya que hasta el momento no se han localizado modelos bajo la perspectiva de enfermería que aborden la incertidumbre, el estrés percibido, la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud), así como su relación con el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas. Lo anterior se considera prioritario debido a que el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas puede ocasionar daños tanto a la adolescente como al bebé en gestación. Por lo anterior en presente estudio contribuye a generar conocimiento útil para que en el futuro se diseñen intervenciones de enfermería dirigidas a fortalecer el apoyo social y profesional de salud y que esto pueda coadyuvar en disminuir el estrés que les genera la incertidumbre de un embarazo y con ello facilitar el no consumo de alcohol y la adaptación materna prenatal en adolescentes embarazadas.

En base a lo anterior descrito, se plantea realizar un estudio con un diseño cuantitativo que utilizará un diseño de comprobación de modelo. La utilización de esta aproximación metodológica permitirá al final la identificación de factores que pudieran influir en el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en la adolescente embarazada desde la perspectiva de enfermería. Por lo que el propósito del presente estudio fue determinar la capacidad explicativa del modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el bienestar físico (no consumo de

alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas.

Marco teórico

El marco teórico que sustentó el presente estudio se construye a partir de la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad (TIE) de Merle Mishel (1988). Esta teoría se considera una teoría de rango medio debido a su nivel de abstracción (Fawcett, 2009). La teoría explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y como construyen un significado de la misma. Esta es una teoría empírica explicativa de enfermería que ofrece una perspectiva para el estudio del proceso de determinación del significado en la experiencia de la enfermedad en las personas (Mishel, 1988).

La incertidumbre y el esquema cognitivo son los conceptos principales de esta teoría; Mishel (1988) define a la incertidumbre como un estado cognitivo caracterizado por la inhabilidad de la persona para determinar, estructurar o categorizar adecuadamente el significado de una enfermedad o condición grave. Esto hace que la persona no pueda valorar la enfermedad, no puedan predecir con precisión los resultados de esta y por lo tanto no forma un esquema cognitivo. El esquema cognitivo es la interpretación subjetiva que la persona brinda a la experiencia de enfermedad o del evento.

En la experiencia de la enfermedad la incertidumbre tiene cuatro formas: (a) ambigüedad con respecto al estado de la enfermedad; (b) complejidad con respecto al tratamiento y atención; (c) falta de información sobre el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad y (d) impredecibilidad del curso de la enfermedad y pronóstico.

El principal antecedente de la incertidumbre es el marco de estímulos, este se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. Tiene tres componentes: Patrón de los síntomas, el cual hace referencia al grado en el

cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para lograr percibir que tienen un patrón o configuración repetida. La familiaridad con el evento el cual es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves que se reconocen como familiares y que permiten asociarlas con eventos en la memoria para determinar su significado. Por último, la coherencia con el evento que se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión.

Los tres componentes del marco de estímulos están influenciados por dos conceptos: Capacidad cognitiva y los proveedores de estructura. La capacidad cognitiva de la persona se refiere a las capacidades de procesamiento de la información, si estas se encuentran limitadas reducirán la capacidad de percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el evento, es decir, disminuyen el marco de estímulos de la persona.

Los proveedores de estructura son recursos disponibles que ayudan a la persona a reducir el estado de incertidumbre, el cual se puede reducir tanto directa como indirectamente. La reducción de la incertidumbre ocurre directamente cuando los proveedores de estructura brindan una interpretación de la situación y ocurre indirectamente cuando los proveedores de estructura ayudan a la persona a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el evento. Los proveedores de estructuras son el apoyo social, la autoridad creíble y la educación. Aquellos con más educación pueden modificar la incertidumbre más rápidamente que aquellos con menos educación. Las personas con menos educación parecen necesitar más tiempo para construir el significado de los eventos, y experimentan incertidumbre durante períodos de tiempo más prolongados que las personas con más educación.

La valoración de la incertidumbre brinda un determinado valor a la experiencia de la enfermedad. La incertidumbre se considera un estado neutral y puede ser vista como un peligro u oportunidad hasta que se determinan los resultados de la enfermedad

o condición. Esto se produce a través de dos procesos, la inferencia y la ilusión. La inferencia se construye a partir de las disposiciones de la personalidad, de las creencias generales acerca de sí mismo y de la relación que tiene la persona con el ambiente. La ilusión considera aspectos positivos de la experiencia de la enfermedad. Bajo condiciones de incertidumbre, las personas pueden realizar dichas evaluaciones respecto al significado de la situación en la que se encuentre, esto se debe a que la situación carece de forma o estructura y permite la posibilidad de múltiples significados.

Las situaciones inciertas pueden ser percibidas como un peligro o bien como una oportunidad. Cuando la incertidumbre es evaluada como un peligro, puede relacionarse con una visión pesimista, una evaluación negativa del futuro y asociarse con altos niveles de ansiedad y estrés percibido. Las situaciones evaluadas como peligrosas se llevan a cabo estrategias enfocadas a solucionar el problema y reducir la incertidumbre. Si las estrategias de afrontamiento son efectivas entonces ocurre la adaptación.

La adaptación se define como un comportamiento biopsicosocial habitual definido individualmente por la persona. Esta adaptación resulta de la recuperación del control personal y de la capacidad de la persona para dirigir la incertidumbre en la dirección deseada. La adaptación se logra si la persona realiza comportamientos que considera dentro de su rango normativo y que se encuentran dirigidos al cumplimiento de un objetivo. La adaptación puede ser conceptualizada como el bienestar de la persona.

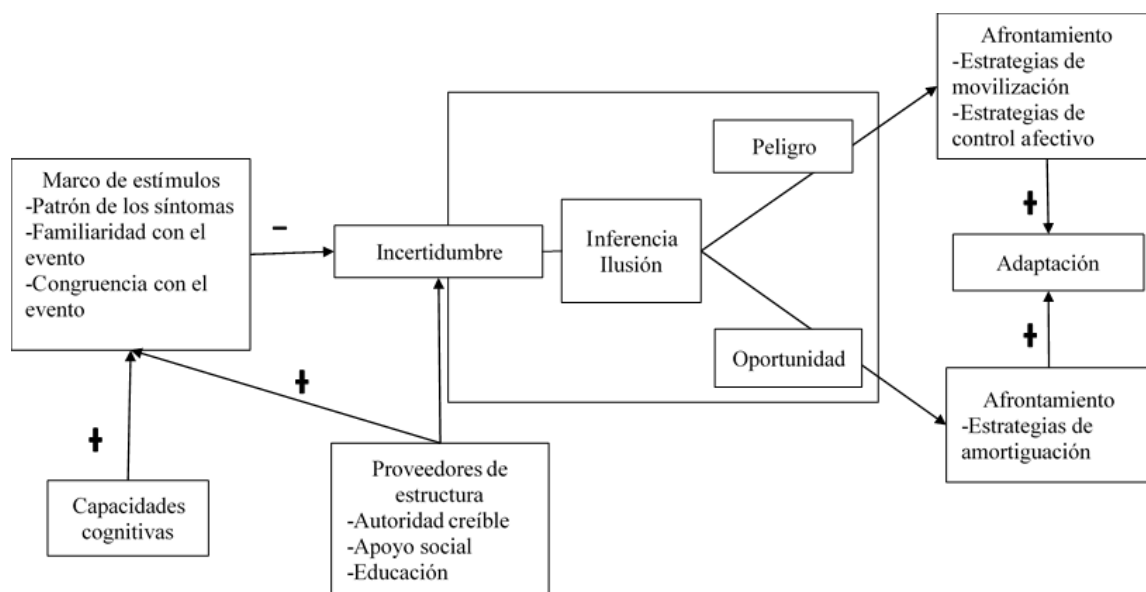


Figura 1. Teoría de la incertidumbre en la enfermedad (Mishel, 1988). Adaptado de “Uncertainty in Illness”, por Merle H. Mishel, 1988, *State of the science*, 20, p.226.

A continuación, se presenta la substracción de los conceptos y proposiciones de la teoría que se emplearon en el presente estudio. Así mismo se muestran el diagrama de la substracción y por último la propuesta del Modelo de Incertidumbre, Estrés Percibido y Búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) para explicar el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el Bienestar Psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas.

Substracción de la teoría

La substracción de la teoría es una estrategia utilizada en investigaciones de enfermería para asegurar la lógica y la congruencia entre un sistema teórico y el sistema operacional. Este proceso se lleva a cabo mediante el seguimiento de lo propuesto por Dulock y Holzemer (1991).

Se eligió la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad (TIE) de Merle Mishel (1988) debido a que esta teoría podría explicar el fenómeno de la incertidumbre y posiblemente el consumo de alcohol en las adolescentes embarazadas. En la literatura, el

embarazo no se considera una enfermedad. Sin embargo es una condición que podría implicar múltiples riesgos en las áreas física, mental y social cuando se presenta durante la etapa de la adolescencia (Mora & Hernández, 2015).

En la TIE se identifican cuatro elementos principales: Los antecedentes, la valoración, el afrontamiento de la incertidumbre y el resultado. El primer elemento se denomina antecedentes de la incertidumbre e incluye tres aspectos fundamentales: El marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura. El marco de estímulos se identifican dos componentes a utilizar: El patrón de los síntomas, el cual se refiere al grado en que los síntomas se presentan con la consistencia adecuada para ser percibidos como que tienen un patrón y la familiaridad con el evento el cual se refiere al grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves que se reconocen como familiares y que permiten asociarlas con eventos en la memoria para determinar su significado.

En el modelo propuesto el marco de estímulos está compuesto por los síntomas y la familiaridad con el embarazo. La presencia de los síntomas según el trimestre y considerados normales fueron medidos a través de la frecuencia en que estos se presentan en la adolescente. La familiaridad con el embarazo fue conceptualizada como la experiencia de un embarazo previo o la experiencia de mujeres cercanas a ellas.

El segundo aspecto fundamental de los antecedentes de la incertidumbre considerado en el presente estudio son los proveedores de estructura. Según la TIE son recursos disponibles para ayudar a la persona a disminuir la incertidumbre. Entre ellos se encuentran la educación. La educación, según Mishel (1988) es la base de conocimientos de la persona enfocados a la problemática que experimenta. En el modelo propuesto, la educación fue vista como el conocimiento específico de las adolescentes sobre el embarazo que incluye aspectos acerca de la definición, duración y conocimiento sobre cuidados durante el embarazo. Fue medida a través de un cuestionario de opciones

múltiples, donde a mayor número de aciertos mayor conocimiento específico de las adolescentes sobre el embarazo.

El siguiente elemento de la TIE es la valoración de la incertidumbre, en este se identifican dos conceptos a utilizar: incertidumbre y peligro. La incertidumbre es un estado cognitivo creado cuando la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente una situación o evento relacionado con una enfermedad o condición grave. En el modelo propuesto la incertidumbre fue conceptualizada como incertidumbre en el embarazo y fue definida como el estado cognitivo creado cuando las adolescentes no pueden asignar un significado al embarazo. Esta variable Se midió a través de la escala de incertidumbre ante la enfermedad (Mishel, 1988).

En el modelo propuesto, la valoración de la incertidumbre vista a través de la inferencia de un peligro puede resultar perjudicial detonando emociones y pensamientos negativos como el estrés. Por lo tanto, el estrés que genera la incertidumbre fue conceptualizado como estrés percibido y se definió como el conjunto de emociones y pensamientos que experimentan las adolescentes embarazadas como resultado de la dificultad para hacer frente a las demandas fisiológicas y psicológicas del embarazo. Se midió a través del cuestionario de estrés percibido de Cohen et al. (1983).

El tercer elemento de la TIE es el manejo de la incertidumbre, este comprende el afrontamiento y la adaptación. Las estrategias afrontamiento son acciones directas enfocadas a la búsqueda de apoyo e información. En el modelo propuesto las estrategias de afrontamiento fueron definidas como la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) que realizan las adolescentes para afrontar su embarazo y que favorecen la adaptación.

Según la TIE, la adaptación es un comportamiento biopsicosocial definido dentro del nivel de funcionamiento habitual de la persona. En el modelo propuesto, la adaptación fue conceptualizada como el bienestar físico (no consumo de alcohol) y bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescente embarazadas. El

bienestar físico se midió a través de la CDSOCA y fue clasificado a través de prevalencias de consumo de alcohol alguna vez durante el embarazo, en los últimos siete días, últimos 30 días y en el último año. El bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) se evaluó a través de las sub-escalas del cuestionario de evaluación prenatal (Lederman & Lewis, 1996).

Substracción de proposiciones

La primera proposición de la TIE señala que “El patrón de los síntomas y la familiaridad con el evento está inversamente relacionados con la incertidumbre, es decir, reducen la incertidumbre”.

En la literatura se ha evidenciado que, durante el embarazo las mujeres se encuentran propensas a experimentar mayor incomodidad debido a síntomas como el dolor, mareos, náuseas, vómitos, fatiga entre otros problemas. Estos síntomas pueden generar preocupaciones en algunas adolescentes embarazadas y aumentar el estado de incertidumbre respecto a la duración, origen o consecuencias de estos síntomas sobre su salud o la de su bebé (Lederman & Weis, 2009; Muñoz & Oliva, 2009). Estos se midieron a través del inventario de síntomas del embarazo de Foxcroft, Callaway, Byrne y Webster (2013) en su versión traducida al español por Oviedo-Caro, Bueno-Antequera y Munguía-Izquierdo (2016).

Así mismo la literatura muestra que las mujeres primigestas presentan mayor incertidumbre respecto a lo que implica el embarazo en comparación con las mujeres que estuvieron embarazadas previamente. Esto podría deberse a que las primigestas desconocen los cambios que produce el embarazo en su cuerpo y solo basan su experiencia en la de sus amigas o familiares, así como de sus propias experiencias con los embarazos de su madre. Mientras que aquellas mujeres con embarazos previos podrían evaluar su situación basadas en su experiencia propia y presentar menor incertidumbre (Lederman & Weis, 2009). Fue medida a través de las preguntas: ¿Alguna

vez has estado embarazada? y ¿Alguna vez tus amigas, hermanas, madre o alguna familiar cercana a ti han estado embarazada?

Por lo tanto, la primera proposición del modelo propuesto es “Los síntomas del embarazo y la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de familiares o amigas embarazadas), influyen en la incertidumbre en las adolescentes embarazadas” (Figura 2).

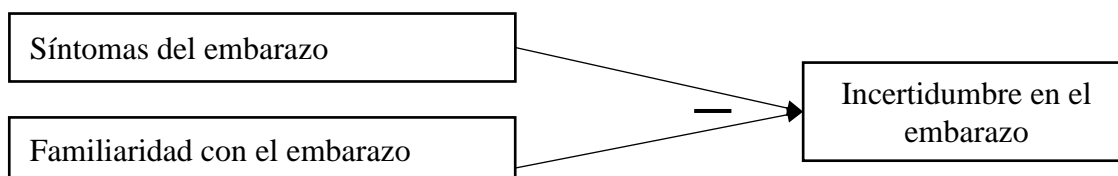


Figura 2. *Primera proposición “Los síntomas del embarazo y la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de familiares o amigas embarazadas) influyen en la incertidumbre en las adolescentes embarazadas”.*

La segunda proposición de la TIE que se empleó en el presente estudio indica que “Los proveedores de estructura reducen la incertidumbre”. Estos son los recursos disponibles con los que cuenta la persona y en los que confía para interpretar el embarazo y disminuir la incertidumbre.

En la literatura se ha documentado que el desconocimiento de lo que puede ocurrir a lo largo del embarazo puede incrementar el riesgo de incertidumbre (Prías-Venegas & Miranda-Mellado, 2009). Así mismo se ha evidenciado que aquellas mujeres que tienen mayor conocimiento sobre el embarazo y parto parecen estar menos preocupadas sobre los riesgos del embarazo y los temores de pérdida de control durante el parto (Lederman & Weis, 2009). El conocimiento se midió a partir del cuestionario de conocimientos sobre el embarazo de Mengole-Amaya (2009).

Por lo que la segunda proposición del modelo propuesto es “Los conocimientos sobre el embarazo podrían influir en la incertidumbre en la adolescente embarazada” (Figura 3).

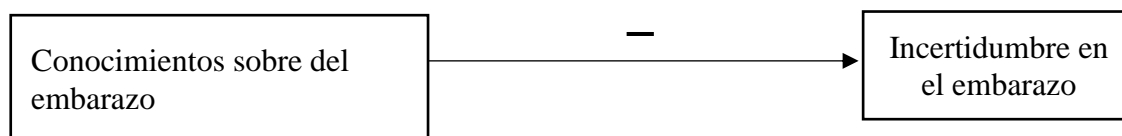


Figura 3. *Segunda proposición “Los conocimientos sobre el embarazo podrían influir en la incertidumbre en las adolescentes embarazadas”.*

La tercera proposición de la TIE señala que “La incertidumbre valorada como un peligro genera estrés percibido. En la literatura se ha reportado que el embarazo, por ser una experiencia de vida con demandas, restricciones y un porvenir incierto, puede generar problemas emocionales o psicológicos como el estrés (Rodríguez & Flores, 2018). El estrés podría ser observado a través del cuestionario de estrés percibido de Cohen et al. (1983). Por lo que la tercera proposición del modelo propuesto es “La incertidumbre podría influir en el estrés percibido en las adolescentes embarazadas” (Figura 4).

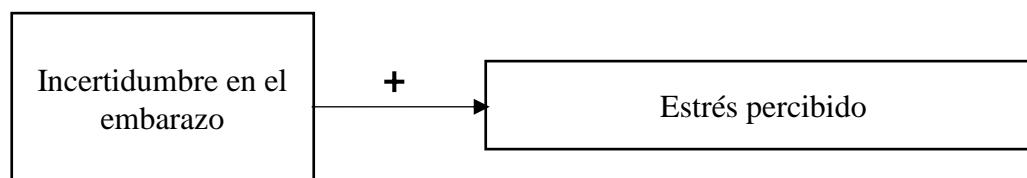


Figura 4. *Tercera proposición “La incertidumbre podría influir en el estrés percibido en las adolescentes embarazadas”*

La cuarta proposición de la TIE señala que “La incertidumbre valorada como un peligro (estrés percibido) influyen en una serie de estrategias de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre en las adolescentes embarazadas”. En la literatura se ha reportado que el embarazo se presenta como una experiencia que podría dirigir a algunas adolescentes a realizar estrategias de afrontamiento para lograr el bienestar físico y psicosocial. En un estudio en adolescentes embarazadas se encontró que la búsqueda de

apoyo social fue la estrategia de afrontamiento más utilizada (16%) (Zambrano et al., 2012). Otro estudio en adolescentes embarazadas mostró que la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la búsqueda de apoyo profesional por parte de las adolescentes embarazadas en comparación con adolescentes no embarazadas (Della, 2006). Así mismo, se ha evidenciado que mujeres con embarazos de alto riesgo intentan minimizar su percepción de riesgo mediante la búsqueda y el deseo de atención médica (Leichtentritt et al., 2005). Estas se midieron a través de la sub-escala de búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional del cuestionario de afrontamiento al estrés de Frydenberg y Lewis (1990).

Por lo que la cuarta proposición es “La incertidumbre valorada como peligro (estrés percibido) podría influir en las estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud)” en adolescentes embarazadas (Figura 5).

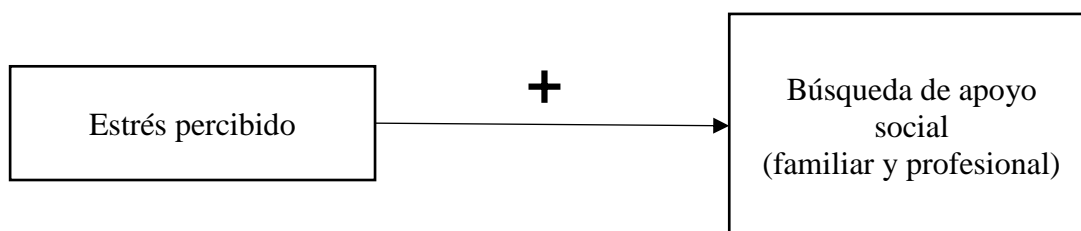


Figura 5. Cuarta proposición “La incertidumbre valorada como peligro (estrés percibido) podría influir en las estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) en adolescentes embarazadas”.

La quinta proposición de la TIE señala que “Si las estrategias de afrontamiento son efectivas se producirá la adaptación”. La búsqueda de apoyo de la pareja podría influir en el bienestar en el embarazo y en consecuencia en el no consumo de alcohol. En la presente investigación, la adaptación fue vista como el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal). Al respecto se ha evidenciado que aquellas adolescentes embarazadas que cuentan con el apoyo de su pareja tienen menor riesgo de uso de alcohol en el embarazo. Así mismo la familia

forma parte integral de la prevención del consumo de alcohol durante el embarazo. El apoyo social proveniente de la familia podría ayudar a disminuir el riesgo de consumo de alcohol durante el embarazo (Jensen et al., 2016).

Así mismo, la búsqueda de apoyo profesional de salud podría influir en el no consumo de alcohol. En la literatura se ha evidenciado que aquellas adolescentes embarazadas con un mayor número consultas de atención prenatal presentaron mayor satisfacción respecto a su embarazo y disminuyeron hasta 2 veces la probabilidad de consumir alcohol durante el mismo (Veloso & Monteiro, 2013a). Otro estudio reportó que aquellas adolescentes embarazadas que acudieron a su primera consulta de atención prenatal antes de la 13ª semana de gestación mostraron abstinencia de alcohol durante todo el embarazo (National Institute for Health and Care Excellence, 2010). Otro estudio reportó que las mujeres embarazadas que recibieron consejería respecto al consumo de alcohol durante el embarazo por parte un profesional de la salud realizaron en menor medida esta conducta (Van Der Wulp et al., 2014). De lo anterior se deduce que la búsqueda de apoyo de familiares o profesionales de salud podría disminuir la incertidumbre y estrés en las adolescentes embarazadas y a su vez resultar en conductas como no el consumo de alcohol.

En relación al bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal), se ha evidenciado que las adolescentes embarazadas que cuentan con el apoyo de su pareja y de ambos padres durante su gestación experimentan significativamente mayor felicidad con su embarazo (bienestar psicosocial) que las gestantes a las que no cuentan con estos apoyos (Casanueva & Fajardo, 2015). Otro estudio en mujeres con embarazos de alto riesgo el 45.7% se reportaron bienestar positivo quienes en mayor medida llevaron a cabo estrategias de preparación e interpretación positiva para afrontar su embarazo (Giurgescu et al., 2006). El bienestar físico (no consumo de alcohol) se midió a través de las prevalencias de consumo durante el embarazo y el bienestar psicosocial (adaptación

materna prenatal) se midió con las preguntas de las sub-escalas del cuestionario de evaluación prenatal de Lederman (1996).

Por lo que la quinta proposición establece que “La búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) podría influir en el bienestar físico (no consumo de alcohol) y en el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas (Figura 6).

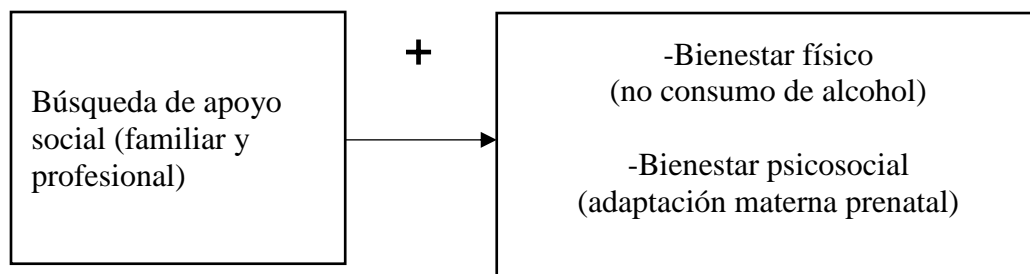


Figura 6. *Quinta proposición “La búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) podría influir en el bienestar físico (no consumo de alcohol) y en el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en las adolescentes embarazadas”.*

Para la construcción y presentación de manera gráfica del modelo propuesto se desarrolló la figura que se muestra en la figura 7.

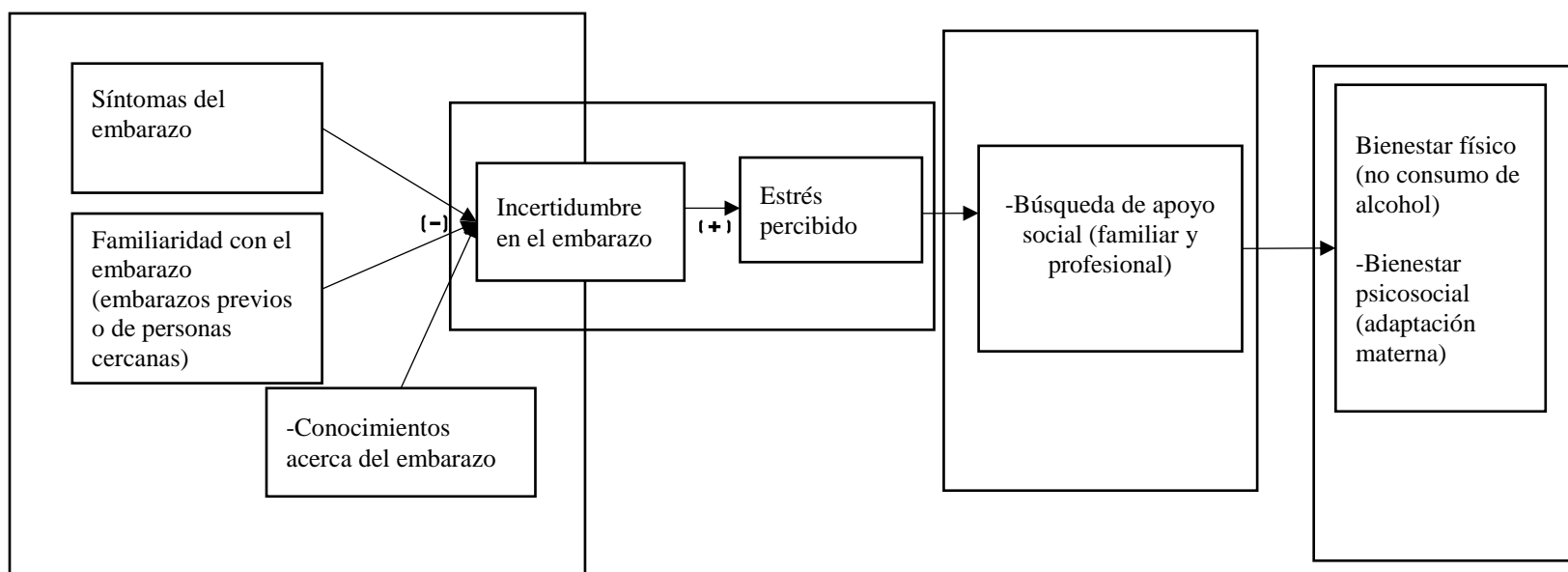


Figura 7. *Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el bienestar físico (no consumo de alcohol) y bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en las adolescentes embarazadas.*

El modelo se conforma por cuatro fases: los síntomas, la familiaridad y los conocimientos del embarazo como antecedentes de la incertidumbre; la valoración de la incertidumbre, la cual se conforma por los conceptos de incertidumbre y estrés percibido; las estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) y el resultado, el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal).

La formulación conceptual-teórica-empírica construida a partir de la substracción según lo señala Dulock y Holzemer (1991) se presenta la figura 8.

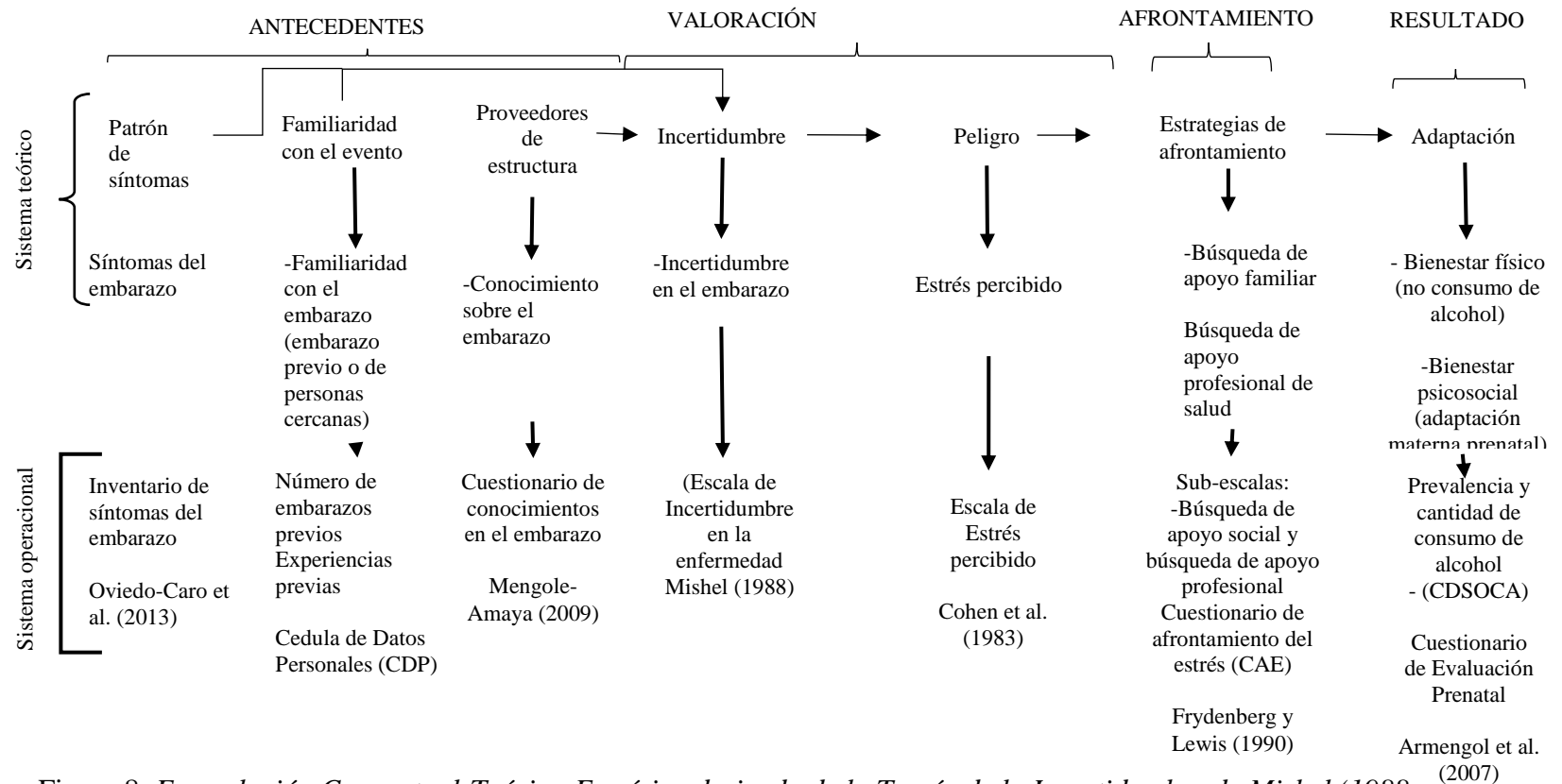


Figura 8. Formulación Conceptual-Teórica-Empírica derivada de la Teoría de la Incertidumbre de Mishel (1988)

Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados de acuerdo con las variables a estudiar, aunado a lo anterior es importante mencionar que debido a la escasa literatura identificada sobre este fenómeno de estudio se consideran artículos de investigación que incluyen información en mujeres embarazadas mayores de edad. Así mismo parte de los estudios fueron publicados en los últimos diez años y algunos considerados literatura clásica que incluye estudios más antiguos. Estos fueron considerados por su relevancia con el estudio.

Síntomas del embarazo.

Muñoz y Oliva (2009) realizaron un estudio en adolescentes embarazadas atendidas en Hospitales de Concepción, Chile con el objetivo de identificar los factores de apoyo y estrés psicosocial. Se reportó una asociación entre factores psicosociales y la presencia y/o ausencia de síntomas de parto prematuro [SPP] (sangrado, dolor abdominal). Con una muestra total de 146 adolescentes embarazadas ($\bar{X}=17$, $DE = 1.40$ años). Se reportó que el 61.6% de las adolescentes presentaron síntomas de parto prematuro. La presencia de estresores psicosociales que se relacionaron significativamente a un mayor riesgo de presentar SPP fueron la agresión psicológica familiar ($OR = 4.65$ IC 95% [1.99, 11.30]), y evento estresante/depresión ($OR = 2.84$ IC 95% [1.36, 5.98]). El apoyo familiar se asocia significativamente (78%) con la ausencia de SPP ($p < .001$).

Kamysheva et al. (2010) realizaron un estudio para examinar la relación entre los malestares físicos experimentados durante el embarazo y los síntomas depresivos en el segundo trimestre y al final del embarazo, así como el efecto mediador de la calidad del sueño en la sintomatología depresiva prenatal. La muestra estuvo conformada por 257 embarazadas. El estudio se realizó en Australia. El rango de edad de las adolescentes embarazadas fue de 18 a 42 años de edad con una media de 31.64 ($DE = 4.56$). El 47%

eran primíparas ($n = 120$). El 76.7% estaban casadas, el 17.9% vivían con sus parejas. La presencia de síntomas físicos se presentó durante el segundo y tercer trimestre con una media de 56.86 ($DE = 20.11$) y 62.48 ($DE = 25.95$) respectivamente. La fatiga fue el síntoma físico más frecuente (93.8% en el segundo trimestre y 92.2% en el tercer trimestre). Los síntomas físicos fueron un predictor significativo de la depresión durante el embarazo, que representan el 3.6% de la varianza ($F_{(2, 253)} = 8.39, p = .005$).

Chou, Avant, Kuo y Fetzer (2008) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la relación y efecto de las náuseas, el vómito, el estrés percibido y el apoyo social con la adaptación psicosocial materna entre mujeres embarazadas de Taiwán. La muestra se conformó por 243 adolescentes embarazadas entre 18 y 41 años ($\bar{X} = 28.4, DE = 4.3$) que se encontraban entre la semana 6 y la 16 de gestación ($\bar{X} = 11.6, DE = 3.2$). El 100% estaban casadas, 126 eran primigestas. Los resultados mostraron que el 28.8% reportaron náuseas y vómitos leves, el 36.2% náuseas y vómitos moderados y el 12.3% náuseas y vómitos severos. Las puntuaciones de la escala de estrés percibido mostraron una puntuación media de 16.5 ($DE = 5.38$, rango 1-29), el apoyo social de 35.4 ($DE = 6.59$, rango = 15, 48) y la adaptación psicosocial materna de 149.7 ($DE = 30.52$, rango = 86-247).

Así mismo, el análisis de regresión múltiple por etapas reveló que el 37.6% ($F = 37.388, p < .001$) de la varianza de la adaptación psicosocial materna fue explicada por la combinación de variables predictores como la severidad de náuseas y vómitos ($B = .585, \beta = .141, p = .008$), el estrés percibido ($B = 1.852, \beta = .327, p < .001$), el apoyo social ($B = -1.614, \beta = -.349, p < .001$) y la planeación del embarazo ($b = -7.096, \beta = -.116, p = .024$).

En síntesis, se encontró asociación entre los factores psicosociales y los síntomas de parto prematuro. Así mismo, la presencia de síntomas físicos se presentó principalmente durante el segundo y tercer trimestre, la fatiga fue el síntoma físico más

frecuente y la severidad de algunos síntomas como las náuseas y vomito explica parte de la adaptación materna.

Familiaridad con el embarazo.

Lederman y Weis (2009) realizaron un análisis cualitativo del desarrollo psicosocial materno durante el embarazo a través de siete dimensiones que sirven de base para la evaluación. El propósito del estudio fue comparar el desarrollo psicosocial, la ansiedad y la depresión en las mujeres, primíparas y multigestas en todos los trimestres del embarazo. La muestra estuvo compuesta por 689 mujeres embarazadas con edades entre 18 y 44 años atendidas en una clínica obstétrica de sudoeste de Estados Unidos. El análisis destacó que, en las mujeres multíparas, los conflictos de la maternidad tienen relación con embarazos anteriores y experiencias de maternidad, mientras que, para las primigestas, estas pueden experimentar el embarazo en base a la experiencia de amigos, familiares, así como de sus propias experiencias maternas en la infancia y los recuerdos de su madre.

En síntesis, en mujeres multíparas se encontró que las mujeres basan sus experiencias en sus embarazos previos mientras que en las primigestas se basan en la experiencia de embarazos en mujeres cercanas y de su experiencia de la infancia que tienen relación con la maternidad.

Conocimientos en el embarazo.

Van der Wulp, Hoving y De Vries (2014) realizaron un estudio transversal en 158 mujeres embarazadas y sus parejas. El estudio fue realizado en población holandesa en septiembre y octubre de 2009. El objetivo del estudio fue investigar la influencia de la pareja en el consumo de alcohol en mujeres embarazadas en el contexto de otros factores. Aplicaron un cuestionario con preguntas acerca de la demografía, características del embarazo, el consumo de alcohol, conocimiento, percepción de riesgo, actitudes, influencias sociales y autoeficacia. Los resultados mostraron que las mujeres embarazadas que no consumían alcohol eran menores que el resto

($\bar{X} = 30.21$ [$DE = 4.63$], $t = -2.03$, $p < .05$), tenían una educación inferior ($\bar{X} = 2.47$ [$DE = 0.60$], $t = 3.19$, $p < .01$), habían tomado menos bebidas alcohólicas por día ($\bar{X} = 0.36$ [$DE = 0.76$], $t = -2.36$, $p < .05$) e informaron menos días de consumo de alcohol por semana antes del embarazo ($\bar{X} = 1.06$ [$DE = 1.48$], $t = -3.77$, $p < .001$).

Así mismo, las mujeres embarazadas que no consumieron alcohol durante el embarazo tenían más conocimientos de las consecuencias negativas del consumo de alcohol ($\bar{X} = 5.38$ [$DE = 1.55$], $t = 2.54$, $p < .05$) y no subestimaban la probabilidad ($\bar{X} = 2.45$ [$DE = 1.34$], $t = 4.00$, $p < .001$) ni la severidad de los riesgos ($\bar{X} = 2.79$ [$DE = 1.19$], $t = 5.47$, $p < .001$) asociados con el consumo de alcohol durante el embarazo. Finalmente, los investigadores realizaron un análisis de regresión logística jerárquica de tres modelos en dos pasos. En los tres pasos del modelo demostró que las mujeres embarazadas tenían más probabilidades no consumir alcohol cuando tenían menos conocimientos ($OR = 3.30$ $IC\ 95\%$ [$1.37, 7.98$], $p < .01$); bebían menos días a la semana antes del embarazo ($OR = 1.33$, $IC\ 95\%$ [$1.06, 1.66$], $p < .05$) y percibían una mayor gravedad del daño por el uso de alcohol durante el embarazo ($OR = 0.46$, $IC\ 95\%$ [$0.29, 0.96$], $p < .05$).

En síntesis, se encontró que el conocimiento acerca de las consecuencias negativas del consumo de alcohol durante el embarazo se asocia con el no consumo. Así mismo, aquellas mujeres que consumieron menos cantidad de alcohol previo al embarazo tienen menor probabilidad de consumir durante el embarazo.

Incertidumbre.

Barbosa (2016) realizó un estudio de tipo correlacional de comprobación de modelo con el objetivo de determinar la capacidad explicativa de su modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. El estudio se realizó en México. Se encontró una media de edad de las participantes de 16.5 años ($DE = 1.03$). El 19% de las embarazadas no tenían pareja. La mayoría de las participantes se encontraban durante el tercer trimestre de gestación (59.9%, $\bar{X} = 28.89$ semanas,

($DE = 8.59$ semanas). También se encontró que las adolescentes en general tienen poca incertidumbre en su embarazo ($\bar{X} = 2.01$, $DE = 1.07$). No tienen estrés por los síntomas relacionados con el embarazo ($\bar{X} = 26.14$, $DE = 20.03$). El afrontamiento defensivo durante el embarazo reportó una media de 1.23 ($DE = .61$). La relación con la madre reportó una media de 30.21 ($DE = 4.60$). El apoyo social reporta una media de 3.23 ($DE = .55$), el apoyo de la pareja obtuvo una media de 34.76 ($DE = 7.96$) y la aceptación a su embarazo una media de 14.47 ($DE = 2.83$).

Se encontró una relación negativa y significativa de la incertidumbre con el bienestar propio y del bebé ($r = -.315$, $p < .01$). Se encontró influencia negativa con efecto moderado de la incertidumbre del embarazo en el afrontamiento defensivo durante el embarazo ($\beta = -.109$, $p = .002$ IC 95% [169, 049]). Respecto al apoyo familiar, se obtuvo una media de 16.75 ($DE = 4.20$).

Clauson (1996) realizó un estudio con el propósito de describir como las mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo percibían la incertidumbre y el estrés del embarazo. El estudio se realizó en Canadá. La muestra consistió en 58 mujeres con media de edad de 30.3 años ($DE = 4.4$). Los resultados muestran que el 53% de las mujeres tuvieron incertidumbre por debajo de la media con 113.9 puntos ($DE = 38.0$) de un máximo de 280. Aquellas mujeres con mayor incertidumbre mostraron mayor estrés ($r = .73$, $p = .001$). No se encontraron diferencias significativas de incertidumbre entre primigestas y multigestas ($t = .65$, $p > .05$).

Handley (2006) realizó un estudio de diseño correlacional con el propósito de explorar la ansiedad, depresión e incertidumbre que ocurre en mujeres durante el primer trimestre de su embarazo. La muestra se conformó por 125 mujeres de 18 a 40 años de edad ($\bar{X} = 22.80$ años). El estudio se realizó en Mississippi, EUA. La muestra total presentó incertidumbre con una media de 72.47 ($DE = 14.83$). Se encontraron diferencias significativas según el área de residencia ($t = 3.939$, $p < 0.001$), siendo las del área rural

las que presentaron mayor incertidumbre ($\bar{X} = 79.73$, $DE = 11.48$) en comparación con las del área urbana ($\bar{X} = 69.17$, $DE = 15.06$).

Peñacoba-Puente, Carmona y Marín (2011) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las preocupaciones del embarazo en las mujeres, clasificándolas por el grado de intensidad de las preocupaciones y cómo cambian en el transcurso del embarazo (primer y tercer semestre). Participaron 285 mujeres que recibieron atención en el hospital universitario de Funlabrada en Madrid, España. Durante los primeros tres meses de embarazo, las mujeres multíparas informaron significativamente menos preocupaciones en la escala general de preocupación durante el embarazo ($t_{(282)} = 3.144$, $p = .002$).

Giurgescu, Penckofer, Maurer y Bryant (2006) realizaron pruebas a mujeres embarazadas de alto riesgo en clínicas de medicina materno-fetal de dos centros médicos universitarios en el medio oeste de Chicago, EUA. El propósito fue determinar si las estrategias de afrontamiento prenatales mediaban los efectos de la incertidumbre y el apoyo social en el bienestar psicológico en las mujeres embarazadas. Fue un estudio descriptivo correlacional con una muestra por conveniencia de 105 mujeres embarazadas de entre 18 y 34 años, media 28.03 años ($DE = 4.32$). Se reportó una edad gestacional media de 32.03 semanas de gestación ($DE = 3.37$). Se encontraron niveles bajos de incertidumbre ($\bar{X} = 74.04$, $DE = 16.99$, rango [35, 123]), niveles moderados de bienestar psicológico ($\bar{X} = 69.43$, $DE = 16.09$, rango [27, 103]) y niveles altos de apoyo social ($\bar{X} = 77.7$, $DE = 16.27$, rango [22, 95]).

La oración fue la estrategia de afrontamiento prenatal más utilizada ($\bar{X} = 7.59$, $DE = .93$, rango [4, 8]), preparación para el embarazo y la evitación se usó con menos frecuencia ($\bar{X} = 11.25$, $DE = 4.67$, rango [2, 26]). En este estudio 27.6% de las mujeres embarazadas mostraron preocupación severa, 26.6% preocupación moderada y 45.7% bienestar positivo. No se encontraron relaciones entre la edad gestacional y la incertidumbre. Las mujeres que reportaron mayor incertidumbre también reportaron

menor apoyo social ($r = -.45, p < .01$), menor bienestar psicológico ($r = -.48, p < .01$). El apoyo social se relacionó positivamente con el bienestar psicológico ($r = .43, p < .01$). Las mujeres que reportaron niveles más altos de evitación también reportaron niveles más bajos de interpretación positiva ($r = -.30, p < .01$) y bienestar psicológico ($r = -.67, p < .01$).

Así mismo el apoyo social, tuvo un efecto directo significativo sobre la preparación a la maternidad ($\beta = .43, z = 3.94, p < .001$). La varianza explicada para el bienestar psicológico fue de 69.2%. La evitación medió significativamente los efectos de la incertidumbre sobre el bienestar psicológico ($z = -2.74, p < .01$).

Çevik y Yağmur (2018) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el impacto de la intolerancia a la incertidumbre en el bienestar psicológico de las mujeres embarazadas que tienen o no tienen un riesgo de aborto involuntario. Fue un estudio de casos y controles realizado en el área de obstetricia policlínica de un hospital estatal de Malasia. La muestra estuvo compuesta por 171 mujeres embarazadas con riesgo de aborto en el grupo de estudio y 171 mujeres embarazadas sin riesgo. Los resultados muestran que las mujeres con riesgo habían tenido en promedio 2.7 embarazos previos mientras las mujeres sin riesgo 2.9. Se encontró una relación negativa y significativa entre la intolerancia a la incertidumbre y el bienestar psicológico ($r = -0.43, p < .001$). Respecto al bienestar psicológico, el 70.8% de las mujeres con riesgo reportaron que durante su embarazo necesitaron apoyo mientras que solo el 29.2% de aquellas sin riesgo dijeron haber presentado bienestar psicológico, se muestra diferencias significativas de los puntajes en la escala de bienestar psicológico entre las mujeres con riesgo ($\bar{X} = 36.6, DE = 8.4$) y las mujeres sin riesgo ($\bar{X} = 46.6, DE = 6.5, p < .001$).

En síntesis, se ha identificado que el mes de embarazo y los embarazos previos se relacionan con las preocupaciones e incertidumbre durante el embarazo. Así mismo a mayor incertidumbre mayor estrés. Se ha demostrado efecto de la incertidumbre en el

afrontamiento y que la incertidumbre tiene relación con el bienestar, a mayor intolerancia a la incertidumbre, menor bienestar psicológico.

Estrés percibido

Farshid, Azam, Fatemeh, Farzaneh, Fazlollah y Ghodratollah (2018) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las relaciones entre la salud general, el estilo de afrontamiento y el estrés percibido en mujeres embarazadas primigestas sanas. Fue un estudio transversal realizado en clínicas de salud pública en Irán. La muestra estuvo conformada por 380 mujeres embarazadas. Los resultados muestran que el modelo final propuesto se ajusta bien. La salud general se asoció directamente con el estrés percibido ($\beta = 0.02, p < .05$). Así mismo, el estilo de afrontamiento específico planificación-preparación se relacionó indirectamente con el estrés percibido ($\beta = 0.09, p < .05$), siendo la salud general un mediador. Los estilos de afrontamiento pueden mediar la relación entre el estado de salud general y el estrés percibido.

Winsborg, Barklin, Hedegaard y Henriksen (2008) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre el estrés psicológico durante el embarazo y el nacimiento del producto muerto. El estudio se realizó en Dinamarca. Participaron 19, 282 mujeres embarazadas. Los resultados muestran que un 32% presentaron mayor estrés en embarazadas. El 27% de las primigestas presentaron niveles altos de estrés. Se encontró que el 32% de las mujeres que consumieron 1 o más unidades de alcohol por semana, presentaron mayor estrés.

Giurgescu, Misra, Sealy-Jefferson, Howard-Calwell, Templin, Slaughter y Osypuk (2015) realizaron un estudio con el objetivo de examinar si el estrés percibido y el apoyo social median asociaciones entre la calidad percibida del vecindario y los síntomas depresivos durante el embarazo en mujeres afroamericanas. El estudio se hizo en Estados Unidos de América. Participaron 1383 primigestas. Los resultados mostraron una relación negativa entre el estrés percibido y el apoyo social ($r = -.40, p < .05$). A menor apoyo social mayor estrés percibido.

En síntesis, se encontró que el estilo de afrontamiento se relacionó indirectamente con el estrés percibido. Así mismo se identificó que el estrés se asoció directamente con la adaptación.

Estrategias de afrontamiento

Búsqueda de apoyo social.

Faramarzy y Pasha (2015) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el papel del apoyo social en la predicción de estrés durante el embarazo. El estudio fue de tipo transversal y participaron 210 mujeres embarazadas que fueron atendidas en dos hospitales de Babol, Irán. Los resultados mostraron una media de 24.39 años de edad ($DE=5.1$). La media total del puntaje de apoyo social fue de 12.87 ($DE = 4.18$). El apoyo social proveniente de la familia mostró los puntajes más altos en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo ($\bar{X} = 5.83, DE = 2.34; \bar{X} = 6.27, DE = 0.99$ y $\bar{X} = 3.33, DE = 0.89$ respectivamente). Se encontraron diferencias significativas entre los subcomponentes de apoyo social (amigos, vecinos, familia y el total del apoyo social) a lo largo de los tres trimestres, siendo mayor el apoyo de la familia ($\bar{X}= 47.677, F_{(2)}= 21.569, p= .001$) en comparación con los otros apoyos.

La media de la variable “apoyo de la familia” fue menor en las embarazadas que no experimentaron estrés durante el embarazo ($\bar{X} = 520.946, F_{(1)} = 235.679, p < .001$). El apoyo social de la familia mostró relación negativa y significativa con el estrés del embarazo por lo que, al aumentar el apoyo de la familia, se reduce el estrés durante el embarazo ($r = -.404, p < .01$). Mediante una regresión lineal, los autores del estudio mostraron que en general el apoyo social predice el 50% de la varianza en las puntuaciones de estrés durante el embarazo, así como un efecto predictivo negativo sobre este ($F= -47.093, p < .05$). El apoyo de la familia fue el predictor negativo más fuerte del estrés del embarazo ($\beta = -0.967, p < .001$).

Martínez y Waysel (2009) realizaron un estudio en México con el objetivo de determinar los niveles de depresión en adolescentes embarazadas dependiendo de la edad en que se embarazaron y el apoyo recibido de familiares y amigos. La muestra estuvo conformada por 100 mujeres: 50 adolescentes embarazadas menores de 18 años y 50 mujeres adultas mayores de 18 años de edad. Reportan que el 63% señaló haber contado con apoyo de su pareja, 85% recibía apoyo de su madre, 6.30% apoyo de su padre y 5% de sus hermanos. El 3.80% de las adolescentes mencionó que no recibió algún tipo de apoyo. Con respecto a la red de apoyo familiar, se reportó que el 91.3% era adecuada, 5% escasa y 3.8% inexistente.

En síntesis, los estudios muestran que el apoyo social proveniente de la familia se presentó mayor en los primeros trimestres del embarazo. A mayor apoyo de la familia menor estrés del embarazo. La pareja es un apoyo importante para la mujer embarazada, el acompañamiento del padre en el proceso de gestación puede favorecer el curso adecuado del embarazo.

Búsqueda de Apoyo profesional de salud.

Córdoba, Escobar y Guzmán (2012) determinaron los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. La muestra se conformó por 288 gestantes de entre los 14 y 45 años inscritas en el control prenatal en San Sebastián de la Plata-Huila, Colombia. Un total de 77 adolescentes de entre 14 y 19 años. Del total de la muestra (288) el 51.70% iniciaron el control prenatal en el primer trimestre de gestación; mientras que 139 (48.30%) lo hicieron después del primer trimestre. Así mismo, aquellas mujeres embarazadas que tenían 4 a 6 embarazos previos se asociaron con el inicio tardío de control prenatal ($OR = 2.73$, $IC\ 95\% [1.15, 5.52]$, $p = .011$) De esto se puede concluir respecto a la variable de búsqueda de apoyo profesional de salud que la consejería brindada en el control prenatal durante embarazos previos podría influir en que las adolescentes se sientan con mayor seguridad en el embarazo y no acudan en los primeros meses a control prenatal.

Della (2006) realizó un estudio en donde se planteó el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas para compararlas con adolescente no embarazadas. La muestra se conformó por 300 adolescentes de 13 a 18 años; de las cuales 100 estaban embarazadas (\bar{X} =16.55 años de edad), 100 no embarazadas (\bar{X} = 15.86 años de edad) y 100 adolescentes que ya tenían hijos. El estudio se realizó en España. Los resultados muestran diferencias significativas entre las medias a favor del grupo de embarazadas: buscar apoyo social (\bar{X} = 66.69, t = -2.61, p = .010) y buscar apoyo profesional (\bar{X} = 62.30, t = 2.80, p = .006) en comparación con el grupo de adolescentes no embarazadas en la búsqueda de apoyo social (\bar{X} = 71.84, t = -2.61, p = .010) y la búsqueda de apoyo profesional (\bar{X} = 54.56, t = -2.61, p = .010). La estrategia de afrontamiento “buscar apoyo social” tuvo una media de 66.96 (DE = 13.40) entre las adolescentes embarazadas, así como “buscar apoyo profesional” con una media de 62.30 (DE = 18.22).

Zambrano, Vera y Flórez (2012) realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional y probabilístico con el objetivo de determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas usuarias de tres instituciones prestadoras de salud. El estudio se realizó en Colombia. Los resultados muestran que las edades de las adolescentes embarazadas oscilaron entre los 11 y los 19 años con una media de 18 años. El 59.4% se encontraban en unión libre y el 35.3% se encontraban solteras. Así mismo se encontró que las estrategias más utilizadas fueron concentrarse en el problema (22%) seguido de preocuparse (20%). Respecto al estilo de afrontamiento en relación con los demás, las estrategias más utilizadas fueron el apoyo social (16%) y búsqueda de pertenencia (13%).

Durán et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de establecer el perfil psicosocial y demográfico de 325 adolescentes gestantes atendidas en dos instituciones de segundo y cuarto nivel de atención de Colombia. Los resultados

muestran que el promedio de edad fue de 15.8 años de edad ($DE= 1.0$). El afrontamiento activo fue la forma más frecuente de afrontamiento (64.8%).

Yali y Lobel (1999) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre el afrontamiento y la angustia específica del embarazo. La muestra estuvo conformada por 167 mujeres embarazadas con embarazos de alto riesgo. El estudio fue realizado en EUA. Los resultados mostraron que el 79% de las participantes eran multigestas. El 96% vivían con el padre del bebé. La angustia específica del embarazo mostró una media de 14.9 ($DE = 7.2$). Las medias en la búsqueda de apoyo social fueron de 2.1 ($DE= 0.7$) y en el uso de sustancias de 0.2 ($DE = 0.5$). La angustia específica del embarazo se relacionó positiva y significativamente con el uso de sustancias ($r= 0.24, p < .001$). La angustia específica del embarazo no se relacionó significativamente con buscar apoyo social ($r = .07$).

Así mismo los resultados de modelos de regresión simple mostraron que el uso de sustancias se asoció con mayor angustia ($R^2 = 0.40, \beta = 0.63, p < .01$), mientras que el apoyo social no se asoció significativamente ($\beta = .07$). Al incorporar la variable de angustia global, se mostró que el uso de sustancias mantuvo asociación con la angustia específica del embarazo ($R^2 = 0.32, \beta = 0.22, p < .01$).

En síntesis, la búsqueda de apoyo social puede mediar la relación entre el estado de salud general y el estrés percibido. Así mismo se conoce que las mujeres embarazadas buscan apoyo profesional de salud como estrategia de afrontamiento. El apoyo social tiene un efecto en contra del consumo de alcohol durante el embarazo en los primeros trimestres.

Bienestar físico.

Chang et al. (2011) realizaron un estudio en 30 embarazadas jóvenes que reciben atención prenatal en el hospital de mujeres Brigham de Boston, EUA. El objetivo del estudio fue describir la prevalencia y los factores asociados con el uso de sustancias en mujeres jóvenes y el contexto en el que probablemente lo usarían. Fue un estudio

transversal con una muestra de 30 jóvenes embarazadas de 17 a 25 años ($DE = 2.1$). Los resultados mostraron que el 73% de las jóvenes embarazadas no consumieron alcohol durante el embarazo. En cuanto a los factores relacionados, las jóvenes que no consumieron alcohol previo al embarazo mostraron 46% mayor probabilidad de no consumir durante el embarazo ($p = .021$).

De Genna, Larkby y Cornelius (2007) realizaron un estudio en adolescentes embarazadas con el propósito de examinar los efectos de experiencias tempranas y adversas con el sexo y el consumo de alcohol antes y durante el embarazo. El estudio se realizó en clínica ambulatoria de atención prenatal en Pittsburgh, EUA. Fue un estudio de cohorte en el que participaron 413 adolescentes embarazadas de entre 12 y 18 años de edad ($\bar{X} = 16.32$, $DE = 1.26$). Se encontró que el 51% de las adolescentes consumieron alcohol durante el embarazo (49% fueron abstemias), 35% durante el primer trimestre, 9% durante el segundo y 7% durante el 3er trimestre. Así mismo la edad del primer consumo se relacionó negativamente con el consumo de alcohol durante el primer trimestre de embarazo ($\beta = -0.26$, $OR = 0.77$, $IC\ 95\% [0.68, 0.87]$) así como en el 2° y 3° trimestre ($\beta = -0.20$, $OR = 0.82$, $IC\ 95\% [0.68, 0.99]$, $p < .05$). Además, se encontró que el apoyo social fue un amortiguador en contra del consumo de alcohol durante el embarazo en el 2° y 3er trimestre ($\beta = -0.82$, $OR = 0.44$, $IC\ 95\% [0.21, 0.92]$, $p < .05$). No así en el 1er trimestre ($\beta = -0.42$, $OR = 0.66$, $IC\ 95\% [0.38, 1.12]$).

Vázquez-Nava, Vázquez-Rodríguez C, Vázquez-Rodríguez E, Castillo y Iribar (2016) realizaron un estudio transversal en 758 adolescentes con embarazos no planificados, con el objetivo de determinar la asociación entre vivir en un hogar familiar no intacto y la presencia de fumadores y consumidores de bebidas en una unidad de servicio médico de Tamaulipas, México. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario realizado por los autores y auto aplicado por las participantes. Los resultados mostraron que el 58.5% no habían consumido alcohol durante el embarazo.

Veloso y Monteiro (2013) realizaron un estudio con el propósito de identificar los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes embarazadas del municipio de Teresina, estado de Piauí, Brasil. Se trató de un estudio transversal con 256 adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años ($\bar{X} = 17$, $DE = 1.63$). Se encontró en los resultados una prevalencia del consumo de alcohol durante el embarazo en adolescentes de 32.4%, la edad de inicio del consumo de alcohol tuvo una media de 14.2 ($DE = 2.0$). Además, se identificó que de 189 adolescentes que reportaron consumo previo al embarazo alguna vez en la vida, el 43.9% continuo con este comportamiento durante el embarazo.

Salas-Wright, Vaughn y Ugalde (2015) llevaron a cabo un estudio en Estados Unidos con el objetivo de analizar la heterogeneidad del uso de sustancias entre adolescentes embarazadas. Se realizó un análisis de clase latente entre las adolescentes con edades de 12 a 17 años ($n=810$) y se identificaron cuatro subgrupos (Abstinentes, bebedoras, usuarias de alcohol y cannabis y usuarias de polidoras) que fue acompañado de un Análisis de Regresión Multinomial. Resultados: las adolescentes embarazadas fueron significativamente más propensas a experimentar con el alcohol ($AOR = 1.65$, $IC\ 95\% [1.26, 2.17]$). Las adolescentes con embarazos tempranos (edades 12-14; $AOR = 4.34$, $IC\ 95\% [2.28, 8.26]$) fueron significativamente más probables a ser usuarias actuales de sustancias. El uso de sustancias es particularmente problemático entre los adolescentes tempranos, ya que la prevalencia del uso de sustancias se atenúa dramáticamente a medida que las jóvenes avanzan desde el primer al segundo y tercer trimestre del embarazo.

En síntesis, se ha identificado que, en su mayoría, las adolescentes embarazadas disminuyen o eliminan su consumo de alcohol durante el embarazo. El consumo de alcohol previo al embarazo se relaciona con el consumo durante el embarazo. Las adolescentes con embarazos tempranos tienen mayor probabilidad de consumir sustancias durante el embarazo.

Bienestar psicosocial.

Casanueva y Fajardo, 2015 realizaron una investigación con diseño mixto de carácter descriptivo con el objetivo de describir la felicidad que presentan las adolescentes con el embarazo, describir brevemente el nivel de bienestar psicosocial experimentado y desarrollar un diseño factorial inferencial para verificar la influencia de variables apoyo y la edad sobre la felicidad gestante. La muestra se conformó de 27 embarazadas entre 15 y 24 años. Los resultados muestran que las embarazadas que cuentan con su padre, madre y pareja durante su gestación experimentan significativamente mayor felicidad con su embarazo que las gestantes a las que les no cuentan con alguno de ellos ($F= 5.056, p= .018$). La edad no se relacionó con el bienestar psicosocial o felicidad en el embarazo ($F = 0.222, p = .803$).

Moya-Plata, Guiza-Salazar y Mora-Merchán (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar aspectos sociodemográficos, barreras de acceso y adherencia para el ingreso temprano al control prenatal. Participaron 160 expedientes de gestantes que asistieron al control prenatal en un hospital público en Colombia. Las mujeres embarazadas presentaron una media de edad de 24 años (14 a 40 años). Así mismo se reportó que 48% acudieron acompañadas por su pareja; el 81% inició el control prenatal en el primer trimestre de embarazo. Entre 32% y el 49% acudieran de 4 a 6 controles, el 30% de 1 a 3 y el 21% \geq a 7 controles. Los autores concluyen que el acompañamiento del padre en el proceso de gestación puede favorecer su adecuado curso.

Giurgescu y Templin (2015) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las relaciones entre la participación del padre del bebé durante el embarazo, los síntomas depresivos y el bienestar psicológico en las mujeres afroamericanas embarazadas. La muestra estuvo conformada por 95 participantes que asistían a un centro médico en Chicago, EUA. Realizaron un diseño de tipo prospectivo con dos mediciones, una entre la semana 15 y la semana 25 de gestación y la segunda medición entre la semana 25 y la semana 37 de gestación. El 68.4% eran multigestas y el 53.7% vivían con el padre del

bebé. El 80.5% de las embarazadas reportaron involucramiento del padre del bebé durante su embarazo. El bienestar psicológico mostró una media de 78.29 ($DE = 17.69$, rango = 11, 110) en la primera medición y una media de 80.77 ($DE = 16.13$, rango = 27, 108) en la segunda. Así mismo se reportó que en comparación con las mujeres que no reportaron involucramiento del padre durante el embarazo ($\bar{X} = 56.37$, $p < .05$), las mujeres que informaron participación del padre durante el embarazo tenían significativamente mayor bienestar psicológico ($\bar{X} = 71.0$, $p < .05$).

Giurgescu, Zenk, Engeland, Garfield y Templin (2017) realizaron un estudio de determinar si el apoyo social modera los efectos de la discriminación racial en el bienestar psicológico entre las mujeres embarazadas. El estudio se realizó en EUA y participaron 107 mujeres afroamericanas entre 15-26 semanas de gestación. La media de edad fue de 23.8 años de edad ($DE = 5.30$). La edad gestacional fue en promedio de 19.85 semanas de gestación ($DE = 2.50$). El 30.8% eran primigestas y el 69.2% multigestas. El 50.5% de las participantes vivían con el padre del bebé. Los resultados mostraron una media de apoyo social de 82.78 ($DE = 16.80$, rango 22-95) y una media del índice de bienestar psicológico general de 77.50 ($DE = 18.48$, rango = 11-110). Así mismo se mostró efecto positivo del apoyo social sobre el bienestar psicológico ($\beta = .535$, $p < .001$).

En síntesis, las embarazadas que cuentan con su padre, madre y pareja durante su gestación experimentan significativamente mayor felicidad con su embarazo. Así mismo las mujeres que informaron participación de su pareja durante el embarazo tenían significativamente mayor bienestar psicológico.

Definición de Términos

A continuación se describen la definición de las variables del presente estudio. Los factores sociodemográficos son las características de las adolescentes, incluyen edad, nivel escolaridad, estado civil y periodo de gestación.

Edad

Es el número de años de vida cumplidos en el momento de la recolección de los datos, expresado por las adolescentes. Fue medido a través de la Cédula de Datos Sociodemográficos, Obstétricos y de Consumo de Alcohol (CDSOCA).

Escolaridad

Se refiere al número de años cursados a partir de la educación primaria. Se midió a través de la CDSOCA y se midió en número de años concluidos.

Estado civil

Se refiere a la condición de la persona en relación con su matrimonio. Se midió a través de la CDSOCA y se clasificó en soltera, casada, divorciada.

Periodo de gestación

El periodo de gestación es la duración de embarazo, se expresa semanas completas o por trimestres (tres trimestres o 40 semanas) y se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. Fue medido a través de la CDSOCA.

Familiaridad con el embarazo

Se refiere a la presencia embarazos previos en las adolescentes o la experiencia de embarazos de mujeres cercanas como madre, hermanas, amigas o familiares que han estado embarazadas. Fue medida a través de las preguntas ¿Alguna vez has estado embarazada?, ¿Cuántas veces has estado embarazada? y ¿Alguna de tus amigas, hermanas, madre o familiar cercana a ti ha estado embarazada?

Síntomas del embarazo

Presencia de síntomas como dolor, mareos, náuseas o vómitos que se pueden presentar durante el embarazo. Se midió a través del inventario de síntomas del embarazo de Foxcroft, Callaway, Byrne y Webster (2013).

Conocimiento sobre el embarazo

Se refiere al conjunto de información que la adolescente tiene acerca de la definición, fisiología, duración, comunicación, sexualidad, signos de alarma y cuidados propios del embarazo. Se midió a partir del cuestionario de conocimientos sobre el embarazo de Mengole-Amaya (2009).

Incertidumbre en el embarazo

Se refiere a la falta de claridad e información, así como a la presencia de ambigüedad e imprevisibilidad que presentan las adolescentes embarazadas respecto a su embarazo. Esta variable Se midió a través de la escala de Incertidumbre ante la enfermedad (Mishel, 1988).

Estrés percibido

Se definió como el conjunto de emociones, sentimiento y pensamientos que experimentan las adolescentes embarazadas y que resulta de la evaluación que realiza a partir la falta de certeza sobre su futuro. Esta se midió a través del cuestionario de estrés percibido de Cohen et al. (1983).

Estrategias de afrontamiento

Se refiere a las actividades que realizan las adolescentes para afrontar su embarazo, están representadas como la búsqueda de apoyo familiar y la búsqueda de apoyo profesional de salud.

Búsqueda de apoyo social

Búsqueda de apoyo familiar

Refiere al acercamiento que las adolescentes embarazadas sostienen con la pareja o padres enfocado a la realización de acciones para afrontar el embarazo. Se midió a

través de la sub-escala de búsqueda de apoyo social del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Frydenberg y Lewis (1990).

Búsqueda de apoyo profesional de salud

Se refiere a la búsqueda de cuidados de profesionales de salud enfocados al control prenatal y basado en consejería para el manejo del embarazo. Se midió a través de la sub-escala de búsqueda de apoyo profesional del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) de Frydenberg y Lewis (1990).

Bienestar físico

El bienestar físico está representado como el no consumo de alcohol por parte de las adolescentes una vez confirmado el embarazo. Se midió a través de la CDSOCA y fue clasificado a través de prevalencias de consumo último año, durante el embarazo, últimos 30 días y últimos siete días.

Bienestar psicosocial

Se refiere a la valoración que hacen las adolescentes embarazadas sobre su adaptación materna prenatal. La adaptación materna prenatal considera la aceptación del embarazo, la identificación con el rol materno, la calidad de la relación con la madre, la calidad de la relación con la pareja, la preparación para el parto, el miedo al dolor y a la pérdida del control durante el parto y la preocupación por el bienestar propio y del bebé. Se evaluó a través de las sub-escalas del Cuestionario de evaluación prenatal en su versión adaptada al español (Armengol et al., 2007).

Objetivo General

Determinar la capacidad explicativa de los síntomas, la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de familiares o amigas embarazadas), los conocimientos acerca del embarazo, la incertidumbre, el estrés percibido y la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) y así mismo sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y obstétricas, así como las prevalencias de consumo de alcohol en adolescentes embarazadas.
2. Determinar la relación entre los síntomas del embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas.
3. Determinar la relación entre la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de familiares o amigas embarazadas) y la incertidumbre en adolescentes embarazadas.
4. Determinar la relación entre el conocimiento sobre el embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas.
5. Determinar la relación entre la incertidumbre y el estrés percibido en adolescentes embarazadas.
6. Determinar la relación entre el estrés percibido y la búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional de salud en adolescentes embarazadas.
7. Determinar la relación entre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud), con el bienestar físico (no consumo de alcohol) así como con el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas.

Hipótesis

H₁. Los síntomas del embarazo, el número de embarazos previos y de mujeres cercanas tienen efecto sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas.

H₂ El conocimiento acerca del embarazo tienen efecto sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas.

H₃. La incertidumbre tiene un efecto sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas.

H₄. El estrés percibido tiene efecto sobre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) en adolescentes embarazadas.

H₅. La búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) tienen efecto sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) en adolescentes embarazadas.

H₆. La búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) tienen efecto sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se reportan los aspectos metodológicos que fueron considerados para la realización del presente estudio e incluyeron: el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, instrumentos de medición, procedimientos para la recolección de información, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, predictivo y de comprobación de modelo (Gray et al., 2017); este diseño se caracteriza por obtener información sobre las características sociodemográficas y obstétricas, así como para determinar la correlación que existe entre los síntomas del embarazo, la familiaridad con el embarazo, los conocimientos sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido, búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) y el bienestar físico y psicosocial. También se caracteriza por determinar el nivel de predicción de las variables dependientes bienestar físico (no consumo de alcohol) y bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal).

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por adolescentes embarazadas que se encontraban en cualquier trimestre del embarazo, con edades entre 12 y 19 años que acudieron a consulta prenatal de un hospital público de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue sistemático de uno en $k=2$ con inicio aleatorio, donde se seleccionó el primer número de manera aleatoria entre pares y nones, posteriormente se realizó la selección de las adolescentes embarazadas citadas en la consulta hasta completar el total de la muestra.

La determinación del tamaño de muestra se realizó en base al objetivo general por medio del ajuste de un modelo de regresión lineal múltiple que incluye 7 variables independientes. Se utilizó el paquete estadístico nQuery Advisor v. 4.0 con un nivel de

significancia de .05, una potencia de 90% y un tamaño de efecto de .08 que se considera entre mediano y pequeño según Cohen (1988), obteniéndose un total de muestra de 202 adolescentes embarazadas.

Criterio de exclusión

Adolescentes embarazadas que no se encontraron orientadas en tiempo y espacio. Dicho criterio se evaluó mediante el cuestionario de Pfeiffer.

Instrumentos de medición

En el siguiente apartado se describen los instrumentos de medición que se utilizaron para la recolección de los datos.

Para identificar si la participante se encuentra orientada en tiempo y espacio se evaluó el estado cognitivo mediante un cuestionario filtro elaborado por Pfeiffer y denominado SPMSQ (Short Portable Mental State Questionnaire) por sus siglas en inglés. Este cuestionario contiene 10 ítems acerca de cuestiones generales y personales. Estos destacan el grado de algún deterioro cognitivo. Se considera una prueba rápida y de fácil administración con anotaciones únicas de respuestas erróneas. La interpretación de los resultados es de cero a dos errores se considera como normal, de tres a cuatro errores como deterioro leve, de cinco a siete errores deterioro moderado y de ocho a diez errores como deterioro grave. Adicional a esto, se permitirá un error extra si la participante no ha recibido educación primaria (Apéndice A). Si la participante tiene más de tres errores en la encuesta virtual se descartó.

Posteriormente para describir los datos sociodemográficos, obstétricos y de prevalencia de consumo de alcohol se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos, Obstétricos y de Consumo de Alcohol (CDSOCA). Así mismo para la medición de las variables independientes se utilizaron 6 seis instrumentos: Inventario de síntomas del embarazo (ISE), Cuestionario de conocimientos en el embarazo (CCE), Escala de Incertidumbre de Mishel (EIM), Escala de estrés percibido (EEP), Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EAA) y el Cuestionario de evaluación prenatal (CEP).

La CDSOCA estuvo conformada en tres secciones, la primera sección contiene reactivos que indagan sobre datos sociodemográficos como edad, escolaridad y estado civil. La segunda sección indaga sobre datos obstétricos como periodo de gestación, número de consultas parentales y el número de embarazos previos. También se incluye una pregunta que indaga el número de embarazos previos, así como la experiencia de embarazos previos por algún familiar o amigas. La tercera sección indaga datos de prevalencia de consumo de alcohol, en los últimos siete días, últimos 30 días, en el último año y alguna vez en la vida. Así mismo, se pregunta si posterior a la confirmación del embarazo se continuó o siguió consumiendo alcohol y qué cantidad de bebidas consumió en un día típico de consumo (Apéndice B).

El inventario de síntomas en el embarazo (Apéndice C) se utilizó para medir la variable de síntomas del embarazo. Se utilizó la versión adaptada al español realizada por Oviedo-Caro, Bueno-Antequera y Munguía-Izquierdo (2016). El instrumento fue desarrollado originalmente por Foxcroft et al. en el 2013 para evaluar la frecuencia con la que se presentan síntomas asociados con el embarazo en mujeres entre 18 y 45 años de Sevilla, España. Consta de una lista de 42 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta donde 0 equivale a nunca, 1 equivale a rara vez, 2 equivale a algunas veces y 3 equivale a frecuentemente. Se obtuvieron los porcentajes en cada uno de los síntomas, dando como resultado un listado de síntomas con mayor y menor presencia durante el embarazo. Así mismo se realiza un índice general de la puntuación de los síntomas, con posibles valores de 0 a 100, en donde a mayor puntuación mayor presencia de síntomas.

Este instrumento en su versión original fue realizado en mujeres embarazadas entre 18 y 45 años atendidas en un hospital materno en Australia. Este mostró un coeficiente de estabilidad aceptable a través de la estimación de la fiabilidad mediante el test-retest, resultando en correlaciones de entre 0.51 a 1, la mayoría (34 ítems) puntuando ≥ 0.70 . (Foxcroft et al., 2013). Una versión adaptada fue realizada en mujeres embarazadas de entre 12 y 40 años de edad en un hospital de Turquía. La muestra fue de 483 mujeres embarazadas.

Esta versión mostró una consistencia interna aceptable a través del Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.82 (Gürkan & Güloğlu, 2018). La versión adaptada al español realizada en mujeres españolas entre 18 y 45 años mostró un coeficiente de estabilidad aceptable mediante un test-retest ponderado a coeficientes K. Las puntuaciones oscilaron entre 0.589 y 0.889 [$p < 0.001$] (Oviedo-Caro et al., 2016).

Para medir la variable conocimientos sobre el embarazo se utilizó el cuestionario de conocimientos en el embarazo [CCE] (Apéndice E). El cuestionario original fue desarrollado por Mengole-Amaya y Iannacone (2010). La población estuvo constituida por adolescentes embarazadas primigestas de entre 10 y 19 años y gestantes primigestas entre 20 y 29 años atendidas en la consulta externa de un hospital en Lima, Perú. El propósito del estudio fue determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo. El apartado de conocimientos consta de 10 enunciados o proposiciones, estos tienen tres opciones de respuesta múltiple donde sólo una respuesta es correcta. Las respuestas correctas se suman y se obtienen puntuaciones con valor mínimo de 0 y máximo de 10, se suma 1 punto por cada respuesta correcta y cero para las incorrectas. Se utiliza el sistema decimal de 0 a 10, obteniendo una categorización del logro del conocimiento que varía desde un conocimiento bien logrado hasta uno deficiente conocimiento logrado (7-10), regular (4-6) y deficiente (1-3). En esta población el instrumento mostró un Alpha de Cronbach de 0.81, lo que indicó que la prueba es confiable.

Para medir la variable incertidumbre se utilizó la escala de incertidumbre de Mishel [1988] (Apéndice F). La escala originalmente fue diseñada para medir la incertidumbre en personas adultas de Norteamérica con enfermedades graves. Mishel (1988) posteriormente diseño una escala para pacientes con enfermedades ambulatorias, para padres de niños con enfermedades graves, y para medir la incertidumbre para padres y familiares de personas con enfermedades crónicas. La escala cuenta con 28 ítems que miden cuatro dimensiones de la incertidumbre en personas con enfermedades. Mishel recomienda adecuar el instrumento a distintas poblaciones (Mishel, 1988). Para fines del presente estudio se decidió reemplazar la

palabra “enfermedad” por “embarazo” y la palabra “tratamiento” por “manejo” debido a que son términos afines con el fenómeno a evaluar. Los cuatro dominios incluyen la ambigüedad (reactivos 3, 4, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24 y 25), la falta de claridad (reactivos 2, 5, 6, 7, 9, 10, 14), la falta de información (reactivos 1, 12, 26, 28) y la imprevisibilidad (reactivos 11, 19, 23 y 27). Está conformada por 28 reactivos en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo, 2 desacuerdo, 3 indecisa, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. La escala tiene como puntaje global máximo 155 puntos y mínimo 28; donde a mayor puntaje mayor nivel de incertidumbre.

La escala también clasifica el nivel de incertidumbre percibida en función de tres puntos de corte de la siguiente forma: bajo nivel de incertidumbre < 62 puntos, regular nivel de incertidumbre entre 62 y 93 puntos y alto nivel de incertidumbre > 93 puntos. Este instrumento se ha utilizado para medir la incertidumbre en mujeres con embarazos de alto riesgo entre 18 y 36 años en Estados Unidos de América. Los resultados muestran un Alpha de Cronbach igual a .91 (Giurgescu et al., 2006). De igual manera en mujeres primigestas sin patologías y con edades de entre 18 y 40 años, el coeficiente de Alpha de Cronbach fue de 0.74 (Handley, 2006). Así también se ha utilizado en Corea a una muestra de mujeres embarazadas de entre 18 y 45 años de edad con parto prematuro. El estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto medidor de la incertidumbre, el estilo de afrontamiento y ansiedad. Los resultados muestran un coeficiente Alpha de Cronbach de .91 (Kim & Hong, 2018).

Para medir el estrés percibido en las adolescentes embarazadas se utilizó la Escala de Estrés Percibido (ETP) (Apéndice E), la cual fue diseñada por Cohen et al. (1983) para medir el grado en el cual los acontecimientos y circunstancias son percibidas como estresantes. La escala está conformada por 14 reactivos. Las calificaciones se obtienen invirtiendo las calificaciones de siete de los ítems positivos a negativos, los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 son señalados positivamente que requieren conversión. La escala tiene cinco opciones de respuesta que van desde nunca con valor 0, casi nunca con valor 1, algunas veces con valor 2,

frecuentemente con valor 3 y siempre con valor 4. La escala total tiene un valor mínimo de 0 y máximo de 56 puntos, lo que significa que a mayor puntuación mayor estrés percibido.

La escala fue diseñada para su utilización en población general y puede usarse también en población específica. Se ha aplicado originalmente en jóvenes preuniversitarios de la Universidad de Oregón, reportando un Alpha de Cronbach de .86 (Cohen et al., 1983). Se adaptó al español en una muestra de adultos con diagnóstico de cuatro patologías diferentes de entre 18 y 69 años de edad. Esta versión ha mostrado adecuada fiabilidad ($\alpha=.81$, y test-retest $r=.73$), validez (concurrente), y sensibilidad (Remor, 2006). Así mismo ha sido utilizado en mujeres embarazadas de entre 18 y 45 años de la ciudad de Detroit, Estados Unidos. Los resultados muestran un Alpha de Cronbach de .87 (Eboh et al., 2018).

Para medir el afrontamiento denominado en el presente estudio como la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) se utilizaron dos sub-escalas de la Escala Adolescent Coping Scale [ACS] (Apéndice G). Esta escala ha sido utilizada en adolescentes embarazadas y no embarazadas de entre 13 y 18 años por Marcele Della en el 2006 en su versión española realizada por Pereña y Seisdedos (1997). La versión original en inglés fue creada por Frydenberg y Lewis (1991) en 643 adolescentes entre 15 y 18 años. Esta escala fue elaborada con el objetivo de comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes frente a sus dificultades y facilitar el desarrollo de la competencia psicosocial en los jóvenes. Consta de 79 ítems de respuesta cerrada más un ítem de respuesta abierta, los cuales identifican las estrategias de afrontamiento más comúnmente utilizadas por las adolescentes. Los ítems se distribuyen en 18 sub-escalas, cada una de las cuales refleja una respuesta de afrontamiento diferente. La sub-escala de búsqueda de apoyo social consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución. Consta de cinco ítems (01, 20, 38, 56 y 72). Para fines del presente estudio se decidió añadir un paréntesis con las palabras padres y pareja como referencia a otros.

La sub-escala de búsqueda de apoyo profesional consiste en buscar la opinión de profesionales. Consta de cuatro ítems (17, 35, 53 y 71). Para fines del presente estudio se

decidió añadir un paréntesis con las palabras (profesional de salud) como referencia a los profesionales del control prenatal. Las sub-escalas de apoyo social (familiar y profesional de salud) se evalúan mediante una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta donde, 1 equivale a nunca lo hago, 2 equivale a lo hago raras veces, 3 equivale a lo hago algunas veces, 4 equivale a lo hago a menudo y 5 que equivale a lo hago con mucha frecuencia.

El puntaje se obtiene sumando los ítems. Las puntuaciones totales se ajustan a un coeficiente de corrección en función del número de elementos de cada una de las sub-escalas (búsqueda de apoyo familiar y búsqueda de apoyo profesional de salud). A mayor puntuación mayor frecuencia de uso de la estrategia búsqueda de apoyo familiar y búsqueda de apoyo profesional de salud respectivamente. Estas sub-escalas en su versión original mostraron Alpha de Cronbach de .80 y .84 respectivamente. La versión adaptada al español realizada en Perú por Canessa (2002) en estudiantes con edad media 20 años mostró un coeficiente de Alpha de Cronbach de .73 en la sub-escala de búsqueda de apoyo social y de .76 en la sub-escala de búsqueda de apoyo profesional. Así mismo, un estudio que midió las estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas y no embarazadas de entre 14 y 19 años realizado en España por Della (2006), mostró una consistencia interna aceptable con coeficientes de Alpha de Cronbach de .70 en la sub-escala de búsqueda de apoyo social y de .72 en la sub-escala de búsqueda de apoyo profesional.

Para medir el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) se utilizó el Cuestionario de Evaluación Prenatal [CEP] (Apéndice H), originalmente fue desarrollado por Regina Lederman (2009) a través de entrevistas y valoraciones con mujeres embarazadas primigestas y multigestas de entre 20 y 32 años con el propósito de conocer cómo se adaptan al embarazo. En el presente estudio se utilizara la versión adaptada al español (Armengol et al., 2007). El cuestionario evalúa el bienestar psicosocial del embarazo. Consta de 42 ítems, los cuales se reportan en seis dimensiones psicosociales: (a) aceptación del embarazo, (b) identificación con el rol materno, (c) calidad de la relación con la madre, (d) calidad de

relación con la pareja, (e) preparación para el parto y (f) preocupación por el bienestar propio y del bebé.

La sub-escala de aceptación del embarazo mide las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada. Esta se encuentra conformada por 5 ítems (1, 2, 24, 26 y 27). Las opciones de respuesta son de tipo Likert, donde 4 equivale a siempre, 3 equivale a frecuentemente, 2 equivale a algunas veces y 1 equivale a nunca. Los puntajes de obtendrán recodificando los reactivos 24 y 27 por estar invertidos. Así mismo se calculó el índice, en dónde menor puntuación significó mayor aceptación del embarazo. Esta sub-escala en su versión adaptada y validada por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007), en 291 mujeres embarazadas de entre 17 y 42 años de edad, reportó un Alpha de Cronbach de .56.

La sub-escala de identificación con el rol materno tiene como propósito evaluar la motivación para la maternidad, la preparación para esta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Esta se encuentra conformada por 4 ítems (77, 79, 82 y 84). Las opciones de respuesta son de tipo Likert, donde 4 equivale siempre, 3 equivale a frecuentemente, 2 equivale a algunas veces y 1 equivale a nunca. Los puntajes se obtienen mediante la creación de un índice, en dónde a menor puntuación significó mayor identificación con el rol materno. Esta sub-escala ha mostrado un coeficiente de Alpha de Cronbach de .843 en su versión adaptada y validada por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007).

La sub-escala de calidad de relación con la madre tiene el propósito de medir la disponibilidad de la madre de la adolescente y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, además de la aceptación del nieto y el reconocimiento de la hija como madre. Está conformada por 9 reactivos (5, 8, 9, 11, 14, 19, 22, 25 y 29). Las opciones de respuesta son de tipo Likert, donde 4 equivale siempre, 3 equivale a frecuentemente, 2 equivale a algunas veces y 1 equivale a nunca. Para obtener el puntaje de la escala se recodificaron los reactivos 19 y 29 por encontrarse redactados en sentido inverso y se calculó el índice de los puntajes obtenidos, en donde a menor puntaje significa mayor relación de

apoyo con la madre. Esta sub-escala ha mostrado un Coeficiente de Alpha de Cronbach de .912 en su versión adaptada y validada por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007).

La sub-escala de calidad de relación con la pareja mide el interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella. La sub-escala está conformada por 8 reactivos (3, 4, 10, 12, 16, 17, 21 y 31). Las opciones de respuesta son de tipo Likert, donde 4 equivale siempre, 3 equivale a frecuentemente, 2 equivale a algunas veces y 1 equivale a nunca. Para obtener el puntaje de la escala se calculó un índice que posteriormente fue interpretado de la siguiente manera: a menor puntaje mayor relación de apoyo con la pareja. Esta sub-escala ha mostrado un coeficiente de Alpha de Cronbach de .763 en su versión adaptada y validada por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007).

La sub-escala de preparación para el parto mide aspectos acerca de las conductas preparatorias referentes al parto. Está conformada por siete ítems (12, 24, 25, 49, 50, 55 y 58). Las opciones de respuesta son de tipo Likert, donde 4 equivale siempre, 3 equivale a frecuentemente, 2 equivale a algunas veces y 1 equivale a nunca. Los puntajes se obtienen mediante la creación de un índice, en donde a menor puntuación significó mayor preparación para el parto. Esta sub-escala ha mostrado un coeficiente de Alpha de Cronbach de .79 en su versión adaptada y validada por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007).

La sub-escala de preocupación por el bienestar propio y del bebé, tiene como propósito el medir la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto. Está conformada por nueve ítems (6, 7, 13, 15, 18, 20, 23, 28 y 30). Las opciones de respuesta son de tipo Likert, donde 4 equivale siempre, 3 equivale a frecuentemente, 2 equivale a algunas veces y 1 equivale a nunca. Las puntuaciones se obtienen mediante la recodificación de los nueve ítems reactivos que conforman éste sub-escala por encontrarse redactadas en sentido inverso y se calculó un índice, donde a menor puntaje significó mayor preocupación por el bienestar propio y del bebé. Esta sub-escala en su versión adaptada y validada por Armengol,

Chamarro y García-Dié (2007) ha reportado un Alpha de Cronbach considerado como aceptable de .85.

La escala en total se transformó en índices, lo que significa que a menor puntuación mayor bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal). Ha mostrado un Coeficiente de Alpha de Cronbach de .85 en su versión adaptada y validada por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007).

Procedimiento de recolección de datos

El presente estudio se sometió a la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Posteriormente se solicitó la autorización del director de un hospital público para realizar el estudio en el departamento de consulta de ginecología y obstetricia.

El presente se encontraba planeado para su realización de forma presencial, sin embargo, debido a la emergencia sanitaria causada por la COVID 19, se realizaron ajustes con el objetivo de ser llevada a cabo de forma exitosa cumpliendo con los protocolos de salud establecidos debido a que las adolescentes embarazadas son consideradas vulnerables ante esta enfermedad.

La estrategia de recolección de datos planteada fue por medio de una plataforma digital de formularios de Google que permitió recopilar información de las adolescentes embarazadas a través de cuestionarios digitales. Para la aplicación de los cuestionarios en línea, se solicitó la relación de las adolescentes que acuden a consulta, así como su número de teléfono o correo electrónico. La comunicación inició con las adolescentes que tuvieran registro de numero de contacto por medio de llamada telefónica donde se les explicó el propósito del estudio. Aquellas adolescentes embarazadas con 18 y 19 años se les explicó directamente el propósito del estudio y se les envió por medio de mensaje de WhatsApp, un vínculo de internet el consentimiento informado el cual se les invitó a leer y aceptar (Apéndice K). El envío de los

instrumentos se llevó a cabo por el investigador principal quien cuenta con maestría en ciencias de enfermería.

Aquellas adolescentes embarazadas menores de 18 años se les preguntó si podían solicitar a algún familiar (pareja, padres o tutor) su autorización para participar en el estudio. Para confirmar la autorización se solicitó que comunicarán a su padre o tutor al teléfono a quienes se le explicó el propósito del estudio y se les pidió su consentimiento para la participación de la adolescente. Sí el familiar aceptaba se le pidió aceptar el consentimiento informado (Apéndice I). Posterior a esto se les explicó nuevamente a las adolescentes embarazadas menores de 18 años el propósito del estudio y se les invitó a leer y aceptar del asentimiento (Apéndice J).

Se informó que los datos serían utilizados en un trabajo de tesis. Así mismo se le reiteró que, aunque su familiar haya dado su consentimiento, ellas podrían negar su participación y que además si decidieran participar podrá abandonar el estudio en el momento que lo creyeran conveniente. La información se recopiló automáticamente por medio de las herramientas de Google Forms en hojas de cálculo y se exportó a una base de datos de SPSS.

Previo a que contestaran los cuestionarios se les informó que el tiempo de contestarlos sería en promedio de 20 minutos. Así mismo se aclararon las dudas que les surgieron de la lectura y se les explicó claramente que la información que contestaran en los cuestionarios sería totalmente confidencial y que sus respuestas únicamente serían conocidas por los integrantes del equipo de investigación. Se les mencionó que los datos se almacenarían de forma electrónica durante un periodo de 12 meses y posteriormente serían eliminados. Se enviaron en una sola ronda los cuestionarios para su llenado, al final se agradeció su participación en la encuesta y se les envió un tríptico con información sobre cómo mantener un embarazo saludable.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987) en su versión reformada en el 2014. En él se establece que, para el desarrollo de investigación en salud, se deben contemplar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos, en los artículos que a continuación se mencionan.

Se consideró lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe permanecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se respetó la decisión algún acompañante mayor de edad (pareja, padres, o tutor) y de las adolescentes de participar o no en la investigación, así mismo se otorgó un trato profesional de respeto y consideración a su persona durante las llamadas telefónicas. Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII, VIII y IX, el desarrollo de la investigación se llevó a cabo cuando se contó con el consentimiento informado digital y posteriormente a la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del departamento de obstetricia del hospital donde se realizó el estudio.

De acuerdo con el Artículo 16, que establece la protección a la privacidad del participante, se realizó la encuesta mediante medios digitales mientras las adolescentes se encontraban en su domicilio, por lo que se considera era un espacio donde se sentía cómoda y en completa libertad de contestar, asegurando en todo momento la confidencialidad y el anonimato. Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se considera de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención sobre variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los adolescentes embarazadas. Sin embargo, se utilizaron cuestionarios digitales que podrían causar emociones negativas, por lo que se tuvo previsto mencionarles la suspensión temporal de la recolección de los datos, para reiniciar a contestar

cuando la participante así lo decida. Si no deseaban continuar, al momento de la llamada también se les mencionó que su bienestar emocional era prioridad por lo que podían dejar de contestar y se le agradecía por su participación.

Para la validez del asentimiento y del consentimiento informado, se acató lo estipulado en el Capítulo I, Artículo 20 y 21 en sus Fracciones VI, VII, VIII. Conforme a la Fracción VI se garantizó a la participante mediante la llamada telefónica la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información; de acuerdo con la Fracción VII, se informó a la participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición como paciente y conforme a la Fracción VIII se protegió la confidencialidad y el anonimato de la adolescente al no identificarla por su nombre. En base al Artículo 22. Se formuló el consentimiento informado digital contando con los siguientes requisitos; Fracción I Elaborado por el investigador principal. Fracción II revisado y aprobado por el comité de Ética. Fracción III y IV, la aceptación por parte de los padres o tutor y de las adolescentes embarazadas mediante la selección de la opción de “ACEPTAR” antes de iniciar los cuestionarios en línea.

Del Capítulo III, de la investigación en menores de edad o incapaces, se consideró el Artículo 36, debido a que algunas de las participantes en el estudio son menores de edad, se solicitó el consentimiento informado por medio de un formato en línea, donde al menos uno de sus padres o tutores tenían que seleccionar la opción de “ACEPTO” para que su familiar participara en el estudio. Del Capítulo IV, de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos, de la utilización de embriones, óbitos, fetos y la fertilización asistida, se consideró el Artículo 45, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que se realizó con el objetivo de obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo. Del Capítulo V, de la investigación en grupos subordinados, se consideró el Artículo 58, Fracción I y II, debido a que se aseguró que la participación, rechazo o abandono del estudio por parte de la adolescente no afectaran en ningún momento sus derechos ni situación como derechohabiente en la institución de salud, ni

en ningún otro aspecto. Esta situación fue especificada, tanto a la adolescente como a su padre/tutor, al momento de enviarles el enlace del consentimiento y asentimiento informado respectivamente.

Análisis de datos

Se utilizó el software SPSS, versión 21 para Windows para el análisis de la información. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente de Alpha de Cronbach. Para obtener datos de frecuencias, medias, porcentajes y distribuciones de los datos sociodemográficos, obstétricos y de consumo de alcohol se utilizaron estadísticas descriptivas. Así mismo, se crearon índices de las escalas, cuyos valores fluctúan desde 0 hasta 100 y se les aplicó la Prueba de Bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas propuestas en el modelo. En base al resultado se decidió el uso de pruebas estadísticas no paramétricas y dar respuesta a los objetivos e hipótesis.

Para dar respuesta al primer objetivo que pretendía identificar las características sociodemográficas y obstétricas, así como las prevalencias de consumo de alcohol en adolescentes embarazadas, se realizó el análisis de frecuencias, proporciones y estimación puntual con un intervalo de confianza del 95%. Para dar respuesta al segundo objetivo que señala determinar la relación entre los síntomas del embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas se estimó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para dar respuesta al tercer objetivo que señala determinar la relación entre la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de familiares o amigas embarazadas) y la incertidumbre en adolescentes embarazadas se estimó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para dar respuesta al cuarto objetivo que señala determinar la relación entre el conocimiento acerca del embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas se estimó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para dar respuesta al quinto objetivo que señala determinar la relación entre la incertidumbre y el estrés percibido en adolescentes embarazadas se estimó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para dar respuesta al sexto objetivo que señala determinar la relación entre el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento (búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional de salud) en adolescentes embarazadas se estimó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para dar respuesta al séptimo objetivo que señala determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento (búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional de salud) y el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas se estimó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para dar respuesta a cada una de las seis hipótesis que respectivamente señalan: Los síntomas del embarazo y la presencia de embarazos previos o la experiencia de mujeres cercanas tienen efecto sobre la incertidumbre; el conocimiento acerca del embarazo tienen efecto sobre la incertidumbre; la incertidumbre tiene un efecto sobre el estrés percibido, el estrés percibido tiene efecto sobre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud); la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) tienen efecto sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) y sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas. Se utilizaron Modelos de Regresión Logística Bivariada, Lineales, Uni y Multi-variantes.

Para dar respuesta al objetivo general que señala determinar la capacidad explicativa del modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en el embarazo y su influencia en el bienestar físico (no consumo de alcohol) y en el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en el embarazo y verificar las hipótesis señaladas anteriormente, de igual manera se llevaron a cabo Modelos de Regresión Lineal Simple, Modelos de Regresión Logística Bivariada y Multivariada. Además de ajustar el modelo completo, también se usó la técnica de selección de variables hacia atrás (“backward”) para obtener el modelo de mejor ajuste.

Capítulo III

Resultados

En esta sección se muestran los resultados del presente estudio realizado en adolescentes embarazadas. El orden de la presentación de la información es la siguiente: En primer lugar, se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio. En segundo lugar, se muestra la estadística descriptiva como frecuencias y proporciones de los datos sociodemográficos, obstétricos, de consumo de alcohol, así como de las variables incluidas en el estudio. Por último, se reporta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Confiabilidad de los instrumentos

La determinación de la consistencia interna de los instrumentos utilizados se calculó mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach. La tabla 1 muestra que la mayoría de los instrumentos utilizados en el estudio tienen consistencia interna aceptable con puntajes entre .74 y .91 a excepción del cuestionario de conocimientos acerca del embarazo que puntuó .61 (Gray et al., 2017).

Tabla 1

Coeficientes Alpha de Cronbach de los instrumentos

Instrumentos	N° de Reactivos	α
Inventario de Síntomas del Embarazo	42	.90
Cuestionario de conocimientos en el embarazo	10	.61
Escala de incertidumbre de Mishel	28	.89
Escala de Estrés percibido	14	.74

Nota: α = Alpha de Cronbach, n = 202

Tabla 1

Coefficientes Alpha de Cronbach de los instrumentos (Continuación).

Instrumentos	N° de Reactivos	α
Sub-escala búsqueda de apoyo familiar	5	.88
Sub-escala búsqueda de apoyo profesional de salud	4	.89
Cuestionario de evaluación prenatal	42	.91

Nota: α = Alpha de Cronbach, $n = 202$

Estadística descriptiva

Se muestran las características sociodemográficas, obstétricas y de consumo de alcohol de las adolescentes embarazadas que participaron en el estudio.

Para dar respuesta al objetivo uno se utilizaron frecuencias y porcentajes. En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas. Se observa que 78.7% tienen entre 17 y 19 años de edad. En cuanto a los años de escolaridad se observó que el 53.5% de las adolescentes embarazadas tienen entre 8 y 12 años de escolaridad es decir que se encuentran en los grados de secundaria y preparatoria. Por último, se observó que el 56.4% de las adolescentes embarazadas se encuentran en unión libre.

Tabla 2*Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas*

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
11-13 años	2	1.0
14-16 años	41	20.3
17-19 años	159	78.7
Escolaridad (años de estudio)		
3-7 años	26	12.8
8-12 años	108	53.5
13-16 años	68	33.7
Estado civil		
Soltera	63	31.2
Casada	16	7.9
Unión Libre	114	56.4
Separada	9	4.5

Nota: n = 202

En la tabla 3 se muestran las prevalencias de las características obstétricas de las adolescentes embarazadas. Se observó que 46.5% de las adolescentes embarazadas se encuentran entre la semana 27 y la semana 42 de embarazo, es decir que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo. El 79.2% han tenido solo un embarazo es decir en su mayoría no han tenido embarazos previos, cabe destacar que el 9.4% de las adolescentes ha tenido entre 3 y 4 embarazos. Así mismo se observó que el 81.7% no han tenido partos previos y que el 7.9% han tenido al menos un aborto. Se encontró que 93.6% han acudido a 10 o más consultas prenatales y el 80.2% acudieron a su primera consulta entre la primer y la doceava semana de gestación.

Tabla 3*Características obstétricas de las adolescentes embarazadas*

Variable	<i>f</i>	%
Semanas de embarazo		
1-12 semanas	39	19.3
13-26 semanas	69	34.2
27-42 semanas	94	46.5
Número de embarazos		
1	160	79.2
2	23	11.4
3	17	8.4
4	2	1.0
Número de partos		
0	165	81.7
1	26	12.9
2	11	5.4
Número de abortos		
0	183	90.6
1	16	7.9
2	3	1.5
Consultas prenatales		
<10	189	93.6
>10	12	6.4

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

Tabla 3*Características obstétricas de las adolescentes embarazadas (continuación)*

Variable	<i>f</i>	%
Semana de primera consulta		
1-12	162	80.2
13-26	31	15.3
27-42	9	4.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

En la tabla 4 se muestran las frecuencias y porcentajes del inventario de síntomas, observando que el aumento en la frecuencia urinaria se presentó frecuentemente en 33.6% de las adolescentes embarazadas, los antojos alimenticios se presentaron frecuentemente en 31.7% de las veces, seguido del dolor de espalda con 29.7% y cansancio o fatiga con 28.2%. Además del dolor de espalda, los síntomas de dolor pélvico se presentaron frecuentemente en 17.8% de las adolescentes embarazadas, 15.3% dolor de cabeza y 13.9% dolor de mamas. Cabe destacar que el 44.6% de las adolescentes embarazadas refirió presentar sentimientos depresivos frecuentemente y algunas veces. Sin embargo, el 29.2% de ellas refiere nunca haber presentado estos síntomas durante el embarazo. Respecto a la presencia de síntomas de ansiedad el 33.2% refiere que algunas veces y frecuentemente los presentó durante el embarazo.

Tabla 4*Frecuencias y porcentajes del inventario de síntomas del embarazo*

Síntoma	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Frecuentemente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cansancio o fatiga	10	5.0	43	21.3	92	45.5	57	28.2
Nauseas	21	10.4	68	33.7	69	34.1	44	21.8

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

Tabla 4*Frecuencias y porcentajes del inventario de síntomas del embarazo (continuación)*

Síntoma	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Frecuentemente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Vómitos	39	19.3	71	35.1	66	32.7	26	12.9
Reflujo	48	23.8	62	30.7	52	25.7	40	19.8
Estreñimiento	77	38.1	59	29.2	48	23.8	18	8.9
Hemorroides	185	91.5	10	5.0	4	2.0	3	1.5
Boca seca	84	41.6	64	31.7	36	17.8	18	8.9
Antojos alimenticios	5	2.5	38	18.8	95	47.0	64	31.7
Sueño alterado	30	14.9	51	25.2	81	40.1	40	19.8
Piernas inquietas	91	45.1	55	27.2	44	21.8	12	5.9
Calambres en las piernas	68	33.7	66	32.7	48	23.8	20	9.8
Ronquidos	97	48.0	70	34.7	26	12.9	9	4.4
Aumento en la frecuencia urinaria	30	14.9	41	20.3	63	31.2	68	33.6
Incontinencia urinaria/perdida de orina	139	68.8	46	22.8	14	6.9	3	1.5
Aumento de la secreción vaginal	74	36.6	74	36.1	38	18.8	16	7.9
Candidiasis	134	66.3	43	21.3	16	7.9	9	4.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

Tabla 4*Frecuencias y porcentajes del inventario de síntomas del embarazo (continuación)*

Síntoma	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Frecuentemente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cambios en la libido	81	40.1	62	30.7	48	23.8	11	5.4
Varices en la vagina	184	91.1	15	7.4	3	1.5	0	0.0
Túnel carpiano	111	55.0	71	35.1	16	7.9	4	2.0
Ciática	86	42.6	56	27.7	37	18.3	23	11.4
Dolor de espalda	18	8.9	52	25.7	72	35.7	60	29.7
Dolor pélvico	28	13.9	68	33.7	70	34.7	36	17.8
Dolor de mamas	42	20.8	75	37.1	57	28.2	28	13.9
Dolor de cabeza	33	16.3	90	44.6	48	23.8	31	15.3
Pezones irritados	84	41.6	67	33.2	35	17.3	16	7.9
Mareos	41	20.3	91	45.1	57	28.2	13	6.4
Desmayo	179	88.6	21	10.4	2	1.0	0	0
Palpitaciones cardíacas	125	61.9	50	24.8	14	6.9	13	6.4
Dificultad respiratoria	117	57.9	47	23.3	27	13.4	11	5.4

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

Tabla 4*Frecuencias y porcentajes de la escala inventario de síntomas del embarazo**(Continuación)*

Síntomas	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Frecuentemente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cambios en gusto y olfato	78	38.6	74	36.7	32	15.8	18	8.9
Pérdidas de memoria	141	69.8	34	16.8	20	9.9	7	3.5
Sentimientos depresivos	59	29.2	53	26.2	49	24.3	41	20.3
Ansiedad	75	37.1	60	29.7	43	21.3	24	11.9
Sueños reales	84	41.6	61	30.2	41	20.3	16	7.9
Imagen corporal alterada	99	49.0	54	26.7	36	17.8	13	6.4
Piel grasa/acné	66	32.6	67	33.2	46	22.8	23	11.4
Venas varicosas (varices)	155	76.7	30	14.9	14	6.9	3	1.5
Marcas marrones en la cara	142	70.3	41	20.3	17	8.4	2	1.0
Picor en la piel	107	53.0	54	26.7	27	13.4	14	6.9
Cambios en los pezones	35	17.3	87	43.1	44	21.8	36	17.8
Estrías	55	27.2	58	28.7	43	21.3	46	22.8
Manos o pies hinchados	99	49.0	46	22.8	38	18.8	19	9.4

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

En la tabla 5 se muestran los conocimientos de las adolescentes sobre el embarazo, el 31.7% refiere como incorrecto tener relaciones sexuales durante el embarazo, el 31.2% no tiene claro los signos de alarma que se pueden presentar durante

el embarazo, el 59.9% no tiene conocimiento respecto a las dosis de vacuna antitetánica que debe recibir durante el embarazo.

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes del cuestionario de conocimientos en el embarazo

	Reactivo	Correcta		Incorrecta	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.	El embarazo es:	172	85.1	30	14.9
2.	El embarazo se da por	174	86.1	28	13.9
3.	¿Dónde se desarrolla el niño durante el embarazo?	176	87.1	26	12.9
4.	El embarazo a término dura	179	88.6	23	11.4
5.	¿Por qué crees que es conveniente que exista comunicación entre la madre y el bebé durante el embarazo?	161	79.7	41	20.3
6.	¿Se podrá tener relaciones sexuales durante el embarazo?	138	68.3	64	31.7
7.	El Sulfato Ferroso durante el embarazo	144	71.3	58	28.7
8.	Los siguientes son signos de alarma durante el embarazo. Excepto	139	68.8	63	31.2
9.	¿Cuántas dosis de vacuna antitetánica debe de recibir la gestante durante el embarazo?	81	40.1	121	59.9
10.	Durante el embarazo, el baño de la gestante debe ser	158	78.2	44	21.8

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

En la tabla 6 se muestran los reactivos de la escala de incertidumbre de Mishel. Entre los ítems se encuentran algunos como “Es difícil saber por cuánto tiempo podre cuidar de mi embarazo”, “Es difícil de saber si con algún manejo oportuno va a mejorar mi embarazo” y “Tengo muchas preguntas sin respuesta”

Tabla 6

Escala de incertidumbre de Mishel

Reactivo
1.. No sé qué está mal conmigo
2.. Tengo muchas preguntas sin respuesta
3.. No estoy segura de si mi embarazo está mejorando o empeorando
4.. Me preocupa el dolor y sufrimiento generados por mi embarazo
5.. Las explicaciones que me dan sobre mi embarazo me parecen confusas
6.. No es claro para mí si hay un manejo efectivo para mi embarazo
7.. No sé cuándo volveré a realizar mis actividades como antes
8.. Los síntomas de mi embarazo cambian de un día para otro
9. Entiendo lo que se me explica sobre mi embarazo y como debe ser abordado
10. Es difícil de saber si mejorará mi estado actual
11. Me puedo imaginar cuánto tiempo va a durar mi embarazo
12. El embarazo es muy difícil entender para mí
13. Es difícil de saber si con algún manejo oportuno va a mejorar mi embarazo
14. Las personas cercanas a mí me dan opiniones diferentes sobre mi embarazo
15. Debido a los cambios constantes de mi embarazo no puedo planear para el futuro
16. Mi embarazo cambia por momentos, tengo días buenos y malos
17. No sé cómo cuidar de mi embarazo debido a los cambios constantes
18. No tengo idea de lo que va a pasar en el futuro
19. Generalmente sé si tendré un día bueno o malo
20. No sé cuál es el mejor manejo para mi embarazo
21. Es difícil saber por cuánto tiempo podre cuidar de mi embarazo

Tabla 6*Escala de incertidumbre de Mishel (Continuación).*

	Reactivo
22.	Puedo suponer como va a evolucionar el embarazo
23.	No es claro para mi si hay un diagnóstico de mi embarazo
24.	La angustia física es observable y por eso sé cuándo va a mejorar o empeorar
25.	Mi embarazo es definitivo y no va a cambiar
26.	Puedo confiar en que tendré ayuda en cuanto la necesite
27.	No tengo claro que tan grave es mi embarazo
28.	El lenguaje que se utiliza en la consulta prenatal es claro y sencillo para que pueda entender sobre mi embarazo

En la tabla 7 se muestran las frecuencias y porcentajes de la escala de incertidumbre, observando que el 45.5% mencionó estar totalmente de acuerdo en poder confiar en que tendrán ayuda cuando la necesite, el 43.6% en que entienden lo que se les explica sobre su embarazo y como debe ser abordado y 44.1% en que el lenguaje que se utiliza en la consulta prenatal es claro y sencillo para que pueda entender sobre su embarazo. Así mismo, el 32.1% mencionó estar totalmente en desacuerdo en que el embarazo es muy difícil de entender y el 32.2% en no estar seguras de si su embarazo está mejorando o empeorando mientras que el 31.2% estuvo indecisa en saber que estaba mal en ellas.

Tabla 7*Frecuencias y porcentajes de la escala de incertidumbre de Mishel*

Reactivo	Totalmente en desacuerdo		Desacuerdo		Indecisa		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.	59	29.2	32	15.8	63	31.2	29	14.4	19	9.4
2.	41	20.3	43	21.3	45	22.3	49	24.3	24	11.8
3.	72	35.6	33	16.3	48	23.8	28	13.9	21	10.4
4.	38	18.8	46	22.8	37	18.3	51	25.2	30	14.9
5.	59	29.3	57	28.2	38	18.8	35	17.3	13	6.4
6.	59	29.3	52	25.7	40	19.8	36	17.8	15	7.4
7.	47	23.3	47	23.3	40	19.7	38	18.8	30	14.9
8.	41	20.3	61	30.2	28	13.9	41	20.3	31	15.3
9.	17	8.3	10	5.0	21	10.4	66	32.7	88	43.6
10.	41	20.2	46	22.8	50	24.8	40	19.8	25	12.4
11.	14	6.9	20	9.9	20	9.9	81	40.1	67	33.2
12.	65	32.2	67	33.2	32	15.8	20	9.9	18	8.9
13.	46	22.7	50	24.8	46	22.8	40	19.8	20	9.9
14.	17	8.5	19	9.4	21	10.4	93	46.0	52	25.7
15.	67	33.2	47	23.3	37	18.3	29	14.4	22	10.9
16.	17	8.4	28	13.9	21	10.4	78	38.6	58	28.7
17.	49	24.3	55	27.2	37	18.3	39	19.3	22	10.9
18.	43	21.3	39	19.3	33	16.3	45	22.3	42	20.8
19.	26	12.8	52	25.7	50	24.8	50	24.8	24	11.9
20.	45	22.3	55	27.2	44	21.8	40	19.8	18	8.9
21.	59	29.2	68	33.7	34	16.8	27	13.4	14	6.9
22.	21	10.4	20	9.9	50	24.8	80	39.6	31	15.3

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 202

Tabla 7*Frecuencias y porcentajes de la escala de incertidumbre de Mishel (Continuación)*

Reactivo	Totalmente en desacuerdo		Desacuerdo		Indecisa		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
23.	44	21.8	67	33.2	33	16.3	37	18.3	21	10.4
24.	29	14.4	56	27.7	55	27.2	40	19.8	22	10.9
25.	44	21.8	37	18.3	29	14.4	57	28.2	35	17.3
26.	7	3.6	12	5.9	16	7.9	75	37.1	92	45.5
27.	50	24.7	61	30.2	41	20.3	29	14.4	21	10.4
28.	9	4.5	12	5.8	27	13.4	65	32.2	89	44.1

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

La tabla 8 y 9 muestran las preguntas contenidas en la escala de estrés percibido en las adolescentes embarazadas y las respuestas a cada pregunta.

Tabla 8*Escala de estrés percibido*

Reactivo
1. En el último mes. ¿Con que frecuencia te has sentido molesta por algo que pasó inesperadamente a causa de tu embarazo?
2. En el último mes. ¿Con que frecuencia has sentido que eras incapaz de controlar las cosas importantes en mi vida?
3. En el último mes ¿Con que frecuencia te has sentido nerviosa y/o estresada?
4. En el último mes ¿Con que frecuencia ha sentido que ha controlado exitosamente los derivados del embarazo?

Tabla 8*Escala de estrés percibido (Continuación)*

Reactivos	
5.	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sentido que enfrentaba con efectividad los cambios importantes que estaban ocurriendo en lo relacionado con el embarazo
6.	En el último mes ¿Con que frecuencia se sintió seguro acerca de su capacidad para controlar sus problemas personales?
7.	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que las cosas iban bien?
8.	En el último mes ¿Con que frecuencia se dio cuenta de que no podía controlar todas las cosas que tenía que hacer debido al embarazo?
9.	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sido capaz de controlar las cosas que le irritan o enojan por el embarazo?
10.	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que usted tenía bajo control las cosas relacionadas con el embarazo?
11.	En el último mes ¿Con que frecuencia se ha enojado por cosas que le ocurrieron que estaban fuera de su control?
12.	En el último mes ¿Con que frecuencia se encontró usted pensando en cosas que pudo haber hecho?
13.	En el último mes ¿Con que frecuencia pudo dominar la manera en que usa su tiempo?
14.	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que las dificultades se iban acumulando hasta un punto que usted no podía superarlas?

Las frecuencias y porcentajes de la escala de estrés percibido se muestran en la tabla 9, el 5.5% mencionó que siempre sintió que las cosas iban bien, el 18.3% siempre se encontró pensando en las cosas que pudo haber hecho y 14.8 % siempre se ha enojado

por cosas que le ocurrieron y que estaban fuera de su control. Así mismo el 30.2% mencionó que nunca se ha sentido molesta por algo que pasó inesperadamente a causa de su embarazo, el 24.8% nunca ha sentido que era incapaz de controlar las cosas importantes en su vida y el 20.3% nunca sintió que las dificultades se iban acumulando hasta un punto que no podía superarlas. El 43.1% mencionó que algunas veces había sentido que controlaba exitosamente su embarazo.

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes de la escala de estrés percibido en adolescentes embarazadas

Reactivo	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.	61	30.2	49	24.3	48	23.8	28	13.9	16	7.8
2.	50	24.8	42	20.8	74	36.6	15	7.4	21	10.4
3.	17	8.4	30	14.9	69	34.2	57	28.2	29	14.3
4.	29	14.4	45	22.3	87	43.1	24	11.9	17	8.3
5.	28	13.9	48	23.8	71	35.1	32	15.8	23	11.4
6.	34	16.8	56	27.7	80	39.6	15	7.4	17	8.5
7.	52	25.7	73	36.1	52	25.8	14	6.9	11	5.5
8.	26	12.9	34	16.8	80	39.6	46	22.8	16	7.9
9.	29	14.4	53	26.2	70	34.7	28	13.9	22	10.8
10.	27	13.4	48	23.8	69	34.2	36	17.8	22	10.8
11.	23	11.4	40	19.8	67	33.2	42	20.8	30	14.8
12.	35	17.3	34	16.8	66	32.7	30	14.9	37	18.3
13.	35	17.3	42	20.8	80	39.6	25	12.4	20	9.9
14.	41	20.3	47	23.3	57	28.2	34	16.8	23	11.4

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

La tabla 10 muestra las preguntas de la sub-escala de búsqueda de apoyo familiar.

Tabla 10

Sub-escala de búsqueda de apoyo familiar

Reactivo
1. Hablo con otros (Padres o pareja) para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema
2. Hablo con otros (Padres o pareja) para apoyarnos mutuamente
3. Busco ánimo en otras personas (Padres o pareja)
4. Hablo con otras personas (Padres o pareja) sobre mi problema para que me ayuden a salir de él
5. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o pareja, para solucionar mis problemas

La tabla 11 muestra las frecuencias y porcentajes de la sub-escala de búsqueda de apoyo social observando que el 22.2% de las adolescentes embarazadas mencionó que con mucha frecuencia habla con otros (padres o pareja) para apoyarse mutuamente y buscan animo en ellos. Así mismo, el 21.7% de las adolescentes consigue con mucha frecuencia apoyo de otros, como de sus padres o pareja para solucionar sus problemas. Por otro lado, el 19.3% mencionó que nunca hablan con sus padres o pareja para que ellos les ayuden a salir del problema.

Tabla 11*Frecuencias y porcentajes de sub-escala de búsqueda apoyo familiar*

Reactivo	Nunca lo		Lo hago		Lo hago		Lo hago a		Lo hago con	
	hago		raras veces		algunas		menudo		much	
					veces				frecuencia	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.	39	19.3	64	31.7	46	22.8	32	15.8	21	10.4
2.	27	13.4	58	28.7	45	22.3	27	13.4	45	22.2
3.	25	12.4	44	21.8	43	21.3	41	20.3	49	24.2
4.	37	18.3	43	21.3	45	22.3	38	18.8	39	19.3
5.	30	14.9	42	20.8	50	24.8	36	17.8	44	21.7

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 202

La tabla 12 muestra las preguntas de la sub-escala de búsqueda de apoyo profesional de salud, las respuestas de esta sub-escala se presentan en la Tabla 13.

Tabla 12*Sub-escala de búsqueda de apoyo profesional de salud*

Reactivo	
1.	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo (Profesional de salud)
2.	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas (Profesional de salud)
3.	Pido ayuda a un profesional (Profesional de salud)
4.	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo (Profesional de salud)

La tabla 13 muestra las frecuencias y porcentajes de la sub-escala de búsqueda de apoyo profesional de salud observando que el 27.3% de las adolescentes embarazadas mencionó que con mucha frecuencia pide consejo a una persona que tenga mayor conocimiento que ella, como a un profesional de salud, mientras que el 28.2% lo hace solo algunas veces. El 21.3% pide ayuda o consejo para resolver sus problemas con mucha frecuencia y el 31.7% solo algunas veces. El 13.9% de las adolescentes refiere que nunca habla acerca del problema con personas que tengan mayor experiencia que ellas como algún profesional de salud.

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes de la sub-escala búsqueda de apoyo profesional de salud

Reactivo	Nunca lo		Lo hago		Lo hago		Lo hago a		Lo hago	
	hago		raras veces		algunas		menudo		con mucha	
					veces				frecuencia	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.	15	7.4	23	11.4	57	28.2	52	25.7	55	27.3
2.	35	17.3	23	11.4	64	31.7	37	18.3	43	21.3
3.	26	12.9	38	18.8	48	23.8	51	25.2	39	19.3
4.	28	13.9	31	15.3	50	24.8	48	23.8	45	22.2

Nota: *f*= frecuencia, % = porcentaje, *n*= 202

En la tabla 14 se muestran los ítems del Cuestionario de Evaluación Prenatal, este cuestionario mide aspectos de la adaptación materna prenatal.

Tabla 14*Cuestionario de evaluación prenatal*

Reactivos	
1.	Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada
2.	Puedo tolerar las molestias del embarazo
3.	Mi pareja y yo hablamos del bebé que espero
4.	Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada
5.	Creo que el parto tendrá lugar con normalidad
6.	Mi madre está ilusionada con el bebé que espero
7.	Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías
8.	Pienso en lo peor cuando me duele algo
9.	Mi madre está contenta con mi embarazo
10.	Mi madre me da buenos consejos
11.	A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo
12.	Estoy bien informada de lo que me espera en el parto
13.	Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones
14.	No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas
15.	Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación
16.	No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener
17.	Mi madre ya espera a su nieto
18.	Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé
19.	Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito
20.	Puedo contar con el soporte de mi pareja durante el parto
21.	Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto

Tabla 14*Cuestionario de evaluación prenatal (Continuación)*

Reactivos
22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo
23. Estoy preparada para el parto
24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto
25. Me angustian las posibles complicaciones del parto
26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto
27. En el momento de tomar decisiones, mi pareja siempre nos ponemos de acuerdo
28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma
29. Me siento bien informada sobre el parto
30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto
31. Me cuesta aceptar este embarazo
32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera
33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil
34. Ojalá no estuviera embarazada
35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto
36. Mi madre critica mis decisiones
37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto
38. Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido
39. Ya siento afecto por el bebé
40. Creo que puedo ser una buena madre
41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé
42. Estoy feliz con este embarazo

La tabla 15 muestra las frecuencias y porcentajes del cuestionario de evaluación prenatal, destacando que 75.2 % de las adolescentes embarazadas mencionaron siempre tener afecto por el bebé y 78.2% siempre estar feliz con su embarazo. El 46.5% mencionó que nunca tuvo miedo perder el bebé durante el parto y el 7.4% mencionó que su madre nunca critica sus decisiones. El 55% de las adolescentes embarazadas señalan estar siempre bien informadas de lo que les espera en el proceso de parto. Casi la mitad de las adolescentes (48.5%) señalo que siempre puede contar con el apoyo de su pareja durante el parto.

Tabla 15

Frecuencias y porcentajes del cuestionario de evaluación prenatal

Reactivo	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.	40	19.8	92	45.5	23	11.4	47	23.3
2.	7	3.5	56	27.7	65	32.2	74	36.6
3	27	13.4	30	14.9	31	15.3	114	56.4
4.	40	19.8	36	17.8	39	19.3	87	43.1
5.	9	4.5	57	28.2	48	23.8	88	43.5
6.	21	10.4	25	12.4	29	14.4	127	62.8
7.	87	43.1	35	17.3	50	24.8	30	14.9
8.	56	27.7	33	16.3	79	39.1	34	16.8
9.	21	10.4	23	11.4	28	13.9	130	64.3
10.	12	5.9	25	12.4	37	18.3	128	63.4
11.	29	14.4	45	22.3	32	15.8	96	47.5
12.	12	5.9	31	15.3	48	23.8	111	55.0
13.	23	11.4	27	13.4	45	22.2	107	53.0
14.	33	16.3	60	29.7	28	13.9	81	40.1
15.	39	19.3	42	20.8	41	20.3	80	39.6

Nota: *f*= frecuencia, % = porcentaje, *n*= 202

Tabla 15*Frecuencias y porcentajes del cuestionario de evaluación prenatal (continuación)*

Reactivo	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
16.	61	30.2	36	17.8	83	41.1	22	10.9
17.	21	10.4	31	15.3	29	14.4	121	59.9
18.	84	41.6	35	17.3	62	30.7	21	10.4
19.	45	22.3	42	20.8	37	18.3	78	38.6
20.	45	22.3	25	12.4	34	16.8	98	48.5
21.	72	35.6	44	21.8	59	29.2	27	13.4
22.	14	6.9	13	6.4	69	34.2	106	52.5
23.	25	12.4	62	30.7	56	27.7	59	29.2
24.	27	13.4	56	27.7	56	27.7	63	31.2
25.	76	37.6	50	24.8	59	29.2	17	8.4
26.	16	7.9	62	30.7	51	25.2	73	36.2
27.	43	21.3	51	25.2	36	17.8	72	35.7
28.	21	10.4	39	19.3	36	17.8	106	52.5
29.	18	8.9	41	20.3	59	29.2	84	41.6
30.	82	40.6	40	19.8	57	28.2	23	11.4
31.	18	8.9	14	6.9	35	17.3	135	66.8
32.	31	15.3	58	28.7	49	24.3	64	31.7
33.	42	20.8	59	29.2	38	18.8	63	31.2
34.	13	6.4	16	7.9	28	13.9	145	71.8
35.	94	46.5	30	14.9	50	24.8	28	13.9
36.	15	7.4	14	6.9	53	26.2	120	59.4

Nota: *f*= frecuencia, % = porcentaje, *n*= 202

Tabla 15*Frecuencias y porcentajes del cuestionario de evaluación prenatal (continuación)*

Reactivo	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
37.	58	28.7	35	17.3	73	36.1	36	17.8
38.	38	18.8	29	14.4	40	19.8	95	47.0
39.	7	3.5	26	12.9	17	8.4	152	75.2
40.	8	4.0	29	14.4	40	19.8	125	61.8
41.	9	4.5	12	5.9	28	13.9	153	75.7
42.	7	3.5	16	7.9	21	10.4	158	78.2

Nota: f= frecuencia, % = porcentaje, n= 202

Estadística inferencial

Las medias de las variables continuas, el índice de cada uno de los instrumentos utilizados y los resultados de la prueba de normalidad se muestran en la tabla 16.

Respecto a las características sociodemográficas, se encontró que la media de edad de las adolescentes embarazadas fue de 17.6 años ($DE = 1.4$). En promedio tenían 11.4 ($DE = 3.1$) años de escolaridad. En cuanto a las características obstétricas de las adolescentes embarazadas, se encontró una media de 24.2 ($DE = 10.7$) semanas de gestación, 1.0 partos en promedio ($DE = 0.5$) y una media de 4.19 ($DE = 2.9$) del número de consultas prenatales. El inventario de síntomas del embarazo reportó una media de 34.0 ($DE = 13.6$), la familiaridad con el embarazo reportó una media de 3.0 ($DE = 1.9$), la incertidumbre 49.2 ($DE = 16.5$), el estrés percibido 44.9 ($DE = 14.3$), la búsqueda de apoyo social una media de 53.2 ($DE = 24.4$), la búsqueda de apoyo familiar una media de 50.1 ($DE = 27.6$) la búsqueda de apoyo profesional de salud una media de 57.0 ($DE = 28.4$). En cuanto al consumo de alcohol, se identificó que el número de veces de consumo de alcohol durante el embarazo tuvo una media de 1.4

($DE = 1.0$), el número de bebidas consumidas en un día típico promedió fue de 1.2 ($DE = 1.1$). La adaptación materna prenatal mostró una media de 63.2 ($DE = 16.3$).

En relación con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, se encontró que las variables de síntomas del embarazo, la incertidumbre, el estrés percibido, la búsqueda de apoyo social, la búsqueda de apoyo familiar, la búsqueda de apoyo profesional de salud y la adaptación materna prenatal no mostraron normalidad, en razón de ello se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis inferencial.

Tabla 16

Medidas de tendencia central, de dispersión y resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables numéricas e índices de las escalas de medición.

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>		D^a	<i>p</i>
					<i>min</i>	<i>máx</i>		
1. Edad	202	17.6	18	1.4	11	19	.213	.001
2. Años de escolaridad	202	11.4	12	3.1	3	15	.218	.001
3. Semanas de gestación	202	24.2	24	10.7	4	42	.096	.048
4. Número de partos	202	1.0	1.0	0.5	0	2	.487	.001
5. Número de abortos	202	0.1	0	0.3	0	2	.526	.001
6. Consultas prenatales	202	4.4	4	2.9	1	16	.142	.001

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, D^a , estadístico del contraste de normalidad, *p* = significancia observada, ^(a) = total de la muestra (202), ^(b) = Participantes con familiaridad con el embarazo (166), ^(c) = Participantes con consumo de alcohol durante el embarazo

Tabla 16

Medidas de tendencia central, de dispersión y resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables numéricas e índices de las escalas de medición (Continuación)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor		<i>D^a</i>	<i>p</i>
					<i>min</i>	<i>máx</i>		
7. Semana de primera consulta	202	9.3	6	7.1	2.0	38.0	.203	.001
8. Síntomas del embarazo	202	34.0	32.5	13.6	8.7	73.0	.073	.010
9. Número de embarazos previos	202	1.3	1	0.6	1.0	4.0	.472	.001
10. Familiaridad con el embarazo ^(b)	166	3.0	3	1.9	1.0	12.0	.190	.001
11. Conocimientos sobre el embarazo	202	75.3	80	19.3	0.0	100	.184	.001
12. Incertidumbre en el embarazo	202	49.2	49.1	16.5	0.0	100	.054	.200
13. Estrés Percibido	202	44.9	46.4	14.3	3.6	83.9	.093	.001
14. Búsqueda de apoyo social	202	53.2	52.8	24.4	0.0	100	.062	.054
15. Búsqueda apoyo familiar	202	50.1	50.0	27.6	0.0	100	.081	.003

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *Da*, estadístico del contraste de normalidad, *p* = significancia observada, ^(a) = total de la muestra (202), ^(b) = Participantes con familiaridad con el embarazo (166), ^(c) = Participantes con consumo de alcohol durante el embarazo

Tabla 16

Medidas de tendencia central, de dispersión y resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables numéricas e índices de las escalas de medición (Continuación)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>min</i>	Valor <i>máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
16. Búsqueda de apoyo profesional de salud	202	57.0	56.3	28.4	0.0	100	.107	.001
17. N° de veces de consumo de alcohol durante el embarazo(c)	41	1.4	1.0	1.0	0.0	5.0	.306	.001
18. N° Bebidas alcohólicas consumidas en un día típico durante el embarazo(c)	41	1.6	1.0	1.1	1.0	5.0	.411	.001
19. Adaptación Materna Prenatal	202	63.2	63.5	16.3	16.7	98.4	.051	.200

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *Da*, estadístico del contraste de normalidad, *p* = significancia observada, ^(a) =total de la muestra (202), ^(b) = Participantes con familiaridad con el embarazo (166), ^(c) = Participantes con consumo de alcohol durante el embarazo

Prevalencias del consumo de alcohol

En la tabla 17 se muestran las prevalencias de consumo de alcohol, observando que el 74.3% no consumieron alcohol en el último año, el 25.7 si consumieron en el último año (IC95% [20, 32]). El 79.7% no consumieron durante el embarazo, el 20.3% IC 95% [15, 26] de las adolescentes embarazadas si consumieron durante el embarazo. Solo el 3% (IC 95% [3, 12]) consumieron alcohol durante el último mes y el 1% (IC 95% [0, 2]) consumieron alcohol en los últimos siete días. De acuerdo con lo descrito anteriormente se da respuesta al primer objetivo.

Tabla 17

Prevalencias de consumo de alcohol en adolescentes embarazadas

Prevalencias de consumo de alcohol	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Último año				
No	150	74.3	20.0	32.0
Si	52	25.7		
Consumo de alcohol durante el embarazo				
No	161	79.7	15.0	26.0
Si	41	20.3		
Último mes				
No	196	97.0	3.0	12.0
Si	6	3.0		
Últimos siete días				
No	200	99.0	0	2.0
Si	2	1.0		

Nota: *f*= frecuencia, % porcentaje, *n*= 202

Para dar respuesta al objetivo dos que señala determinar la relación entre los síntomas del embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas. Así mismo para dar respuesta al objetivo tres que señala determinar la relación entre la familiaridad (embarazos previos y el objetivo cuatro que menciona determinar la relación entre el conocimiento acerca del embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas, se realizaron pruebas de Correlación Bivariada de Spearman. La tabla 18 muestra que la variable síntomas del embarazo reportó una relación positiva y significativa con la incertidumbre en adolescentes embarazadas ($r_s = .306, p < .001$) es decir, a mayores síntomas del embarazo se presenta mayor incertidumbre en adolescentes embarazadas. Así mismo, se muestra que la variable, embarazos previos ($r_s = .032, p = .649$), familiaridad con el embarazo ($r_s = .130, p = .095$) y la variable conocimientos sobre el embarazo ($r_s = -.088, p = .212$) no reportaron una relación significativa con la variable incertidumbre en adolescentes. De acuerdo con lo descrito se da respuesta al segundo, tercer y cuarto objetivo.

Tabla 18

Coefficientes de Correlación de Spearman entre los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo, conocimientos sobre el embarazo e incertidumbre en adolescentes embarazadas

Variables	Incertidumbre en el embarazo
Síntomas del embarazo	.306**
Número de embarazos previos	.032
Familiaridad con el embarazo	.130
Conocimientos sobre el embarazo	-.088

*Nota: ** $p < .01, n = 202$*

Para dar respuesta al objetivo cinco que menciona determinar la relación entre la incertidumbre y el estrés percibido en adolescentes embarazadas se realizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. La variable incertidumbre y la variable estrés percibido mostraron una relación positiva y significativa de ($r_s = .460, p < .001$). Lo que significa que, a mayor incertidumbre presente en las adolescentes embarazadas, mayor es el estrés percibido por estas. Los resultados se muestran en la tabla 19.

Tabla 19

Coeficientes de Correlación de Spearman entre la incertidumbre y el estrés percibido en adolescentes embarazadas.

Variables	Estrés percibido
Incertidumbre en el embarazo	.460**

*Nota: ** $p < .01$, $n = 202$*

Para dar respuesta al objetivo seis que señala determinar la relación entre el estrés percibido y la búsqueda de apoyo social y búsqueda de apoyo profesional de salud se realizó Coeficiente de Correlación Bivariada de Spearman. La tabla 20 muestra que no existe relación significativa de la variable estrés percibido y la variable búsqueda de apoyo familiar ($r_s = .093, p = .188$). Sin embargo, se muestra una relación negativa y significativa de la variable estrés percibido y la variable búsqueda de apoyo profesional de salud ($r_s = -.244, p < .001$). Lo que significa que a mayor estrés percibido por las adolescentes embarazadas menor es la búsqueda de apoyo profesional de salud, de acuerdo con lo descrito se da respuesta al sexto objetivo.

Tabla 20

Coeficientes de Correlación de Spearman entre el estrés percibido y la búsqueda de apoyo familiar y profesional de salud en adolescentes embarazadas.

Variables	Búsqueda de apoyo	Búsqueda de apoyo
	familiar	profesional
Estrés percibido	-.093	-.244**

*Nota: ** $p < .01$, $n = 202$*

Para dar respuesta al objetivo siete que menciona determinar la relación entre la búsqueda de apoyo familiar y la búsqueda de apoyo profesional de salud, con el bienestar físico (no consumo de alcohol) y con el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) se Coeficientes de Correlación Bivariada de Spearman.

La tabla 21 muestra los resultados obtenidos. En cuanto a la búsqueda de apoyo familiar, se encontró una relación negativa y significativa con el bienestar físico, no consumo de alcohol ($r_s = -.158$, $p = .024$). Sin embargo, la búsqueda de apoyo social no presentó relación significativa con el bienestar psicosocial ($r_s = .101$, $p = .151$). En cuanto a la búsqueda de apoyo profesional de salud se encontró relación negativa y significativa con el bienestar físico, no consumo de alcohol ($r_s = -.183$, $p = .009$). De igual manera, la búsqueda de apoyo profesional de salud mostró relación positiva y significativa con el bienestar psicosocial ($r_s = .238$, $p < .001$). De acuerdo con lo descrito se da respuesta al séptimo objetivo.

Tabla 21

Coefficientes de Correlación de Spearman entre la búsqueda de apoyo familiar, búsqueda de apoyo profesional de salud y el bienestar físico (no consumo de alcohol) y el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)

Variable	Bienestar físico (no consumo de alcohol durante el embarazo)	Bienestar psicosocial (Adaptación materna prenatal)
1. Búsqueda de apoyo familiar	-.158*	.101
2. Búsqueda de apoyo profesional de salud	-.183**	.238**

Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$, $n = 202$

Para la verificación de las hipótesis se realizaron pruebas regresión logística y lineales, simples y multivariante en las que se observaron los efectos de las variables independientes sobre las variables dependientes del estudio.

Para comprobar la primera hipótesis de la investigación que menciona, los síntomas del embarazo y el número de embarazos previos en las adolescentes, así como la familiaridad con el embarazo tienen efecto sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas. Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple. La tabla 22 muestra que al introducir las tres variables independientes se obtiene una significancia del modelo ($F_{(3, 162)} = 9.87, p < .001$). Los síntomas del embarazo tienen un efecto directo sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas ($\beta = .407, p < .001$). Sin embargo, las variables número de embarazos previos en las adolescentes ($p = .066$), así como el número de experiencias de familiares o amigas embarazadas ($p = 2.74$) no mostró un efecto significativo. En base a los resultados, se confirma de forma parcial la hipótesis de investigación debido a que solo la variable de síntomas mostró efecto significativo

sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas. El modelo muestra una varianza explicada de 15.5%.

Tabla 22

Regresión Lineal Múltiple del efecto de los síntomas del embarazo, embarazos previos y experiencias de familiares y amigas embarazadas sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Regresión	6380.317	3	2126.772	9.87	.001		
Residual	34905.797	162	215.468				
R²= 15.5			R² _a = 13.9				
Modelo 1	Coeficientes				IC95%		
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	29.372	4.004		7.33	.001	21.465	37.279
1. Síntomas del embarazo	.407	.087	.345	4.68	.001	.236	.579
2. Número de embarazos previos	3.299	1.780	.134	1.85	.066	-.216	6.815
3. Familiaridad con el embarazo	.643	.587	.081	1.09	.274	-.515	1.802

Nota: SC = Suma de cuadrados, gl = grados de libertad, MC = Cuadrado Medio, EE = Error estándar, R^2 = Coeficiente de determinación, R^2_a = Coeficiente de determinación ajustado t = estadístico de la prueba t , IC95% = Intervalo del 95% de confianza, LI = Límite inferior, LS = Límite superior. ($n = 202$)

Para verificar la segunda hipótesis que menciona que los conocimientos acerca del embarazo tienen efecto sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas, se

realizó un Modelo de Regresión Lineal Simple. Los resultados de la tabla 23 muestran que no existe efecto significativo del conocimiento sobre el embarazo con la incertidumbre en adolescentes embarazadas ($F(1, 200) = 3.17, p = .076$). Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa debido a que no se observó asociación significativa en el modelo.

Tabla 23

Modelo de Regresión Lineal Simple del efecto del conocimiento sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Regresión	850.453	1	850.453	3.17	.076		
Residual	53627.503	200	268.138				
R²= 1.6							
Modelo 1	Coeficientes					IC95%	
	<i>β</i>	<i>EE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	57.225	4.644		12.32	.001	48.068	66.381
Conocimientos sobre el embarazo	-.106	.060	-.125	-1.78	.076	-.224	.011

Nota: *SC* = Suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = Cuadrado Medio, *F* = distribución de F, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, *n* = total de la muestra, β = estadístico beta, *EE* = Error estándar, *t* = Estadístico de la prueba *t*, *IC95%* = Intervalo del 95% de confianza, *LI* = Límite inferior, *LS* = Límite superior, *n* = 202

Para verificar la tercera hipótesis que plantea un efecto directo de la incertidumbre sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas, se realizó un análisis de Regresión Lineal Simple. La tabla 24 muestra significancia del modelo ($F(1,200) = 44.50, p < .001$). La incertidumbre mostró un efecto directo sobre el estrés

percibido en adolescentes embarazadas ($\beta = .370, p < .001$). El modelo mostró una varianza explicada del 18.2%. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa debido al efecto directo de la incertidumbre sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas.

Tabla 24

Modelo de Regresión Lineal Simple del efecto de la incertidumbre sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas.

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Regresión	7447.013	1	7447.013	44.50	.001		
Residual	33464.677	200	167.323				
R²= 18.2							
Modelo 1	Coeficientes					IC95%	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	26.668	2.875		9.27	.001	20.999	32.338
Incertidumbre en el embarazo	.370	.055	.427	6.67	.001	.260	.479

Nota: SC= Suma de cuadrados, gl= grados de libertad, MC= Cuadrado Medio, F= distribución de F, p= significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, n= total de la muestra, β = estadístico beta, EE= Error estándar, t= estadístico de la prueba t, IC95%= Intervalo del 95% de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior, n= 202

Para verificar la cuarta hipótesis acerca del efecto del estrés percibido sobre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) se realizó un Modelo de Regresión Lineal Simple el cual se muestra en la tabla 25. Se observó que el modelo mostró significancia ($F(1, 200) = 6.96, p = .009$) con una varianza explicada de 3.4%. El estrés percibido mostró un efecto sobre la búsqueda de apoyo social ($\beta = -.314$,

$p = .009$). Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa debido a que se observó un efecto significativo del estrés percibido sobre la búsqueda de apoyo social.

Tabla 25

Modelo de Regresión Lineal Simple del efecto del estrés percibido sobre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional) en adolescentes embarazadas

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Regresión	4039.664	1	4039.664	6.96	.009		
Residual	116049.414	200	580.247				
R²= 3.4							
Modelo 1	Coeficientes					IC95%	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	67.288	5.605		12.00	.001	56.235	78.341
Estrés							
Percibido	-.314	.119	-.183	-2.63	.009	-.549	-.079

Nota: *SC* = Suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = Cuadrado Medio, *F* = distribución de F, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, *n* = total de la muestra, β = estadístico beta, *EE* = Error estándar, *t* = estadístico de la prueba t, *IC95%* = Índice de confiabilidad de 95%, *LI* = Límite inferior, *LS* = Límite superior, *n* = 202

Se analizó la quinta hipótesis acerca del efecto de la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol). Se realizaron Modelos de Regresión Logística para determinar el efecto de la búsqueda de apoyo social sobre el consumo de alcohol durante el embarazo.

La tabla 26 muestra el efecto de la variable búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) en adolescentes embarazadas. Los resultados muestran significancia del modelo ($\chi^2 = 8.27$, $p = .004$). Al

observar la contribución, la búsqueda de apoyo social mostró un efecto inverso sobre el no consumo de alcohol durante el embarazo ($B = -.021, p = .005$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 26

Modelo de Regresión Logística del efecto de la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) en adolescentes embarazadas

Variable	B	EE	Wald	gl	OR	IC95%		p
						LI	LS	
(constante)	-.316	.394	.64	1	.729	-	-	.422
Búsqueda de apoyo social	-.021	.008	7.78	1	.979	.964	.994	.005
Modelo 1	$R^2 = 4.0$		$X^2 = 8.27$		$gl = 1$		$p = .004$	

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, β = estadístico beta, t = estadístico de la prueba t ,

p = significancia observada, X^2 = Chi cuadrada, gl = grados de libertad, OR = Exp(b), EE = Error estándar.

Para dar respuesta a la sexta hipótesis menciona, la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) tienen efecto sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) se presentan los resultados obtenidos en la tabla 27. Se llevó a cabo un Modelo de Regresión Lineal Simple para medir el efecto de la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) como variable dependiente. Observando que el modelo fue significativo ($F_{(1, 200)} = 11.55, p < .001$). La búsqueda de apoyo social mostró un efecto directo sobre el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas ($\beta = .156, p < .001$). El modelo mostró una varianza explicada del 5.5%. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Tabla 27

Modelo de Regresión Lineal Simple de la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	2926.567	1	2926.567	11.55	.001
Residual	50669.574	200	253.348		
$R^2 = 5.5$					
Modelo 1	Coeficiente no estandarizado				
(<i>n</i> = 202)	β	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
(constante)	54.855	2.688	20.41	.001	
Búsqueda de apoyo social	.156	.046	3.39	.001	

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, β = estadístico beta, *EE* = Error Estándar, *t* = estadístico de la prueba t, *p* = Significancia observada

Para dar respuesta al objetivo general que señala determinar la capacidad explicativa de los síntomas del embarazo, la familiaridad con el embarazo, los conocimientos acerca del embarazo, la incertidumbre, el estrés percibido, la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) en adolescentes embarazadas se muestra la tabla 28, observando que el modelo no mostró significancia estadística ($\chi^2 = 9.42$, $p = .224$).

Tabla 28

Modelo de Regresión Logística Múltiple de los síntomas, familiaridad con el embarazo, conocimientos, incertidumbre, estrés percibido, búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) en adolescentes embarazadas

Variable	<i>B</i>	EE	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>	
							<i>LI</i>	<i>LS</i>
1. Síntomas del embarazo	.020	.018	.33	1	.564	1.010	.976	1.046
2. Número de embarazo	.359	1.205	.64	1	.423	.381	.036	4.041
3. Familiaridad con el embarazo	.113	.102	.75	1	.384	1.093	.895	1.335
4. Conocimiento sobre el embarazo	.010	.011	.86	1	.352	1.010	.989	1.033
5. Incertidumbre en el embarazo	-.015	.016	1.23	1	.267	.983	.953	1.013
6. Estrés percibido	.005	.017	.41	1	.522	1.011	.978	1.045
7. Búsqueda apoyo social (familiar y profesional)	-.018	.010	4.68	1	.030	.979	.960	.998
Constante	-2.229	3.719	.21	1	.646	.182		
Modelo 1	$X^2 = 9.42$		$gl = 7$		$p = .224$		$R^2 = 5.5\%$	

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, β = estadístico beta, t = estadístico de la prueba t, p = significancia observada, X^2 = Chi cuadrada, gl = grados de libertad, $OR = \text{Exp}(b)$

Para dar respuesta a la segunda parte del objetivo general que estableció determinar la capacidad explicativa de los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo, el conocimiento sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido y búsqueda de apoyo social sobre el bienestar psicosocial, se realizaron Modelos de Regresión Lineal Múltiple. La tabla 29 muestra que el modelo fue significativo y explica el 26.2% de bienestar psicosocial. La incertidumbre ($\beta = -.217, p = .007$) y el estrés percibido ($\beta = -.404, p = .001$) mostraron efecto significativo sobre el bienestar psicosocial.

Tabla 29

Regresión Lineal Múltiple de los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencias de familiares y amigas embarazadas) conocimientos sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido y búsqueda de apoyo social sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Regresión	10447.075	7	1492.439	8.02	.001		
Residual	29374.752	158	185.916				
R ² = 26.2	R ² _a = 23.0		d = 2.00				
Modelo 1	<i>IC95%</i>						
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	79.643	6.816		11.68	.001	66.180	93.106
1. Síntomas	.063	.087	.054	.72	.470	-.109	.236

Nota: *SC* = Suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = *Cuadrado Medio*, *F* = estadístico F, R^2 = coeficiente de determinación, R^2_a = Coeficiente de determinación *B* = Coeficiente no estandarizado, β = Coeficientes tipificados, *EE* = error estándar, *t* = estadístico de la prueba t, *p* = significancia observada, *LI* = Límite inferior, *LS* = Límite superior, *n* = 202, *d* = estadístico de la prueba Durbin-Watson

Tabla 29

Regresión Lineal Múltiple de los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencias de familiares y amigas embarazadas) conocimientos sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido y búsqueda de apoyo social sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) Continuación

Modelo 1	IC95%						
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	79.64						
	3	6.816		11.68	.001	66.180	93.106
2. Número de embarazo	1.622	1.681	.067	.96	.336	-1.699	4.942
3. Familiaridad	.061	.551	.008	.11	.912	-1.027	1.149
4. Conocimiento	.052	.055	.066	.94	.344	-.057	.162
5. Incertidumbre	-.217	.079	-.221	-2.74	.007	-.374	-.061
6. Estrés percibido	-.404	.085	-.368	-4.74	.001	-.572	-.236
7. Búsqueda de apoyo social	.079	.047	.118	1.67	.096	-.014	.173

Nota: SC = Suma de cuadrados, gl = grados de libertad, MC = Cuadrado Medio, F = estadístico F, R^2 = coeficiente de determinación, R^2_a = Coeficiente de determinación B = Coeficiente no estandarizado, β = Coeficientes tipificados, EE = error estándar, t = estadístico de la prueba t, p = significancia observada, LI = Límite inferior, LS = Límite superior, n = 202, d = estadístico de la prueba Durbin-Watson

El procedimiento backward realizado arrojó cinco modelos ajustados, la tabla 30 muestra el quinto modelo ajustado. Los resultados obtenidos en el modelo final con dos variables que se mantienen con efecto significativo sobre el bienestar psicosocial son la incertidumbre ($\beta = -.195$, $EE = .075$, $p = .010$) y el estrés percibido ($\beta = -.400$, $EE = .083$, $p < .001$).

Tabla 30

Modelo final de Regresión Lineal Múltiple mediante Método Backward de los síntomas del embarazo, familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencias de familiares y amigas embarazadas), conocimientos sobre el embarazo, incertidumbre, estrés percibido y búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Regresión	10046.855	3	3348.952	18.22	.001		
Residual	29774.972	162	183.796				
R ² = 25.2	R ² _a = 23.8		d = 1.90				
Modelo 5						<i>IC95%</i>	
	<i>β</i>	<i>EE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	86.293	4.703		18.34	.001	77.005	95.580
Incertidumbre	-.195	.075		-2.61	.010	-.343	-.048
Estrés percibido	-.400	.083	-.365	-4.81	.001	-.564	-.236
Búsqueda apoyo social	.087	.046	.129	1.88	.062	-.004	.179

SC = Suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = *Cuadrado Medio*, *F* = estadístico F, R^2 = coeficiente de determinación, R^2_a = Coeficiente de determinación ajustado *B* = Coeficiente no estandarizado, β = Coeficientes tipificados, *EE* = error *estándar*, *t* = estadístico de la prueba *t*, *p* = significancia observada, *LI* = Límite inferior, *LS* = Límite superior *n* = 202, *d* = estadístico de la prueba Durbin-Watson

Se realizó un análisis en 3000 muestras de muestreo Bootstrap para confirmar la significancia de las variables en el modelo anterior. La tabla 31 muestra significancia del modelo ($F(2, 199) = 38.817, p < .001$), así mismo de los efectos inversos y significativos de la incertidumbre ($\beta = -.202, EE = .061, p < .001$) y el estrés percibido ($\beta = -.469, EE = .064, p < .001$) sobre el bienestar psicosocial. Se acepta parcialmente el objetivo

general debido a que solo la incertidumbre y el estrés percibido presenta efecto significativo sobre el bienestar psicosocial.

Tabla 31

Regresión Lineal Múltiple la incertidumbre y el estrés percibido sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal).

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	15041.043	2	7520.522	38.81	.001
Residual	38555.097	199	193.744		
R ² = 28.1		R ² _a = 27.3			
Método de				<i>IC95%</i>	
Bootstrap (3000)	<i>B</i>	<i>Sesgo</i>	<i>EE</i>	<i>p</i>	<i>LI</i> <i>LS</i>
(Constante)	94.139	.035	3.425	.001	87.555 101.051
1. Incertidumbre	-.202	.001	.061	.001	-.320 -.077
2. Estrés Percibido	-.469	-.001	.064	.001	-.597 -.342

SC = Suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = *Cuadrado Medio*, *F* = estadístico F, R^2 = coeficiente de determinación, *B* = Coeficiente no estandarizado, β = Coeficientes tipificados, *EE* = error estándar, *t* = estadístico de la prueba t, *p* = significancia observada, *LI* = Límite inferior, *LS* = Límite superior $n = 202$

Capítulo IV

Discusión

El estudio se basó en la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Merle Mishel (1988) y se construyó el “Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el bienestar físico y psicosocial en adolescentes embarazadas”.

A continuación, se discuten los resultados obtenidos en el orden de los objetivos e hipótesis planteados.

Basado en el primer objetivo que planteo identificar las características sociodemográficas y obstétricas, así como las prevalencias de consumo de alcohol en adolescentes embarazadas, se encontró que la edad de las adolescentes embarazadas mostró un promedio de 17.5 años. Estos resultados son similares con autores como Gómez-Mercado y Mejía-Sandoval (2017), Gámez-Hernández et al. (2018) y Veloso y Monteiro (2013) quienes en sus investigaciones la edad promedio de las adolescentes embarazadas fue entre 15 y 17 años. En tal sentido esto puede deberse a la baja efectividad de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente implementada en 2015, la cual podrían no estar brindando los resultados esperados para promover la abstinencia o el inicio tardío de su vida sexual activa, así como el uso de preservativos. Otra de las razones que podrían motivar a una adolescente embarazarse a una edad temprana podría ser que vive en un medio donde esto ocurre frecuentemente y les resulta más fácil reproducir el modelo de familia en vez de cambiarlo (Castillo, 2016; Gámez-Hernández et al., 2018).

En la identificación del nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas se encontró que un poco más de la mitad se encontraban con hasta 12 años de escolaridad, lo que representa que la mayoría de las adolescentes embarazadas cuentan con estudios de nivel medio superior. Estos resultados concuerdan con Carvajal, Valencia y

Rodríguez (2017) quienes reportaron que sus participantes se encontraban en los últimos grados de la educación secundaria y primeros semestres del bachillerato. El embarazo en adolescentes con este nivel de escolaridad podría deberse a que en el bachillerato las adolescentes se relacionan con otros adolescentes de su edad o inclusive de mayor edad, experimentan mayor independencia y al sentirse con mayor libertad acuden a un número mayor de reuniones sociales, su red social de amistades crece y tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales.

Así mismo inician nuevas experiencias y actividades que podrían tener un efecto importante en su salud. Generalmente es entonces cuando inician su vida sexual activa, sin protección e incluso utilizando alcohol u otras drogas para poder desinhibirse. Esto podría aumentar el riesgo de un embarazo en población escolarizada ya que, según la literatura, aun cuando se han implementado programas educativos/preventivos sobre educación sexual en las escuelas, los adolescentes fracasan al momento de ejercer su responsabilidad sexual (Loredo-Abdalá et al., 2017).

Respecto al estado civil de las adolescentes embarazadas se observó que la mayoría de las adolescentes embarazadas se encontraban en unión libre, y un tercio de ellas se encontraban solteras. Solo una pequeña proporción refirieron encontrarse casadas. Esto indica que las uniones en la adolescencia no siempre terminan o comienzan con un matrimonio, sino que en su mayoría las adolescentes embarazadas viven con su pareja sin los trámites correspondientes de una unión formal. Estos resultados son corroborados por los datos de la ENAPEA (2015) la cual, muestra que hasta un 62.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan estar en unión libre y por Gómez-Mercado y Mejía-Sandoval (2017) donde 65.3% de las adolescentes embarazadas de su investigación eran solteras. En este sentido, se puede inferir que, el embarazo en la adolescencia puede llegar a ser inesperado para ambos padres y este no siempre conduce a un matrimonio, por lo que la familia se convierte en el principal apoyo de la adolescente.

En cuanto a las características obstétricas de las adolescentes embarazadas, los resultados muestran que la mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentran en el tercer trimestre del embarazo, esto concuerda con Estrada-Mendiola et al. (2014) ya que en su estudio encontraron que casi la mitad de sus adolescentes embarazadas se encontraban en el tercer trimestre de su periodo gestacional. Esto podría deberse a que las adolescentes embarazadas del tercer trimestre son las que buscan atención en salud debido al avance en su embarazo, a sí mismo debido a que en el tercer trimestre acuden de mayor número de consultas. Los datos se obtuvieron por medio de un hospital público, por lo que las adolescentes embarazadas son adolescentes que acuden a consulta debido a que el embarazo requiere de atención debido a su grado de desarrollo.

Así mismo se encontró que el 79.2% de las adolescentes presentan su primer embarazo, mientras que Soltero-rivera et al. (2020) reportaron que solo el 48.3% de las adolescentes embarazadas habían tenido un solo embarazo, el resto habían tenido un embarazo anterior. Lo anterior podría deberse a que pesar de una tendencia al incremento en embarazos adolescentes, la educación sexual en esta población ha ido aumentando. Esto podría aumentar la posibilidad de uso de métodos anticonceptivos y disminuir la probabilidad de un segundo o tercer embarazo. No obstante, se identificaron adolescentes con dos o más embarazos, lo que hace notoria la necesidad de fortalecer la consejería y enseñanza de planificación familiar por parte de enfermería en la consulta prenatal.

En cuanto a las prevalencias consumo de alcohol en el presente estudio se encontró que el 79.7% no consumieron durante el embarazo. Este resultado concuerda con Tapia et al. (2018), sin embargo, difiere con Veloso y Monteiro (2013), Vázquez-Nava, Vázquez-Rodríguez, Vázquez-Rodríguez, Castillo y Iribar (2016) y De Genna, Larkby y Cornelius (2007), quienes encontraron prevalencias más altas de consumo de alcohol durante el embarazo. Las bajas prevalencias del consumo de alcohol durante el embarazo podrían deberse a que las adolescentes embarazadas del estudio presentaron

formas de afrontar su situación, logrando así una regulación sobre su incertidumbre durante la etapa que experimenta y lo anterior se puede expresar en bajos niveles de estrés, lo que podría asociarse con las bajas prevalencias del consumo de alcohol.

Respecto al segundo objetivo acerca de la relación entre los síntomas del embarazo con la incertidumbre se encontró una relación positiva entre los síntomas del embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas. De igual forma, la primera hipótesis que verificó el efecto de estas dos variables, mostró un efecto directo de los síntomas del embarazo sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas. Estos resultados concuerdan con Chou, Avant, Kuo y Fetzer (2008) quienes en su investigación encontraron que la severidad de los síntomas del embarazo como las náuseas y otros síntomas tienen relación con aspectos psicosociales del embarazo. En tal sentido, se podría inferir que la frecuencia y severidad de los síntomas incrementan la incertidumbre respecto a lo que el embarazo implica en las adolescentes. Esto también podría deberse a que la presencia de sintomatología en las adolescentes embarazadas representa mayor riesgo en el desarrollo de su embarazo, lo que incrementa las dudas y preocupaciones respecto a su futuro.

En este sentido, los resultados del presente estudio también concuerdan con lo identificado por Weiss (2002) ya que menciona que la respuesta a la experiencia de los síntomas depende de la atribución de estos y de la amenaza percibida por las adolescentes embarazadas para ellas y para el bebé en gestación. Lo anterior podría explicarse a través del proceso de creación del significado de los síntomas del embarazo. El cual implica reconocer inmediatamente el patrón de estos e impactar en el surgimiento de la incertidumbre. Por lo tanto, si los síntomas se perciben de bajo riesgo o poco frecuentes el nivel de incertidumbre que presentan las adolescentes embarazadas, será bajo. Por el contrario, si los síntomas representan un posible riesgo, la incertidumbre aumenta.

En cuanto al tercer objetivo, no se identificó relación entre la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de familiares o amigas embarazadas) y la incertidumbre en adolescentes embarazadas. Así mismo, en cuanto a la primera hipótesis, la familiaridad con el embarazo no mostró efecto sobre la incertidumbre. Esto difiere con los resultados presentados por España-Paredes et al. (2019) donde las adolescentes embarazadas entrevistadas refirieron que el ser madre a temprana edad esta normalizado entre las mujeres, lo han visto, vivido e incluso se convierte para ellas en una expectativa de vida relacionada con el reconocimiento de la identidad femenina. Esta diferencia podría deberse a que aun cuando algunas de las adolescentes del presente estudio han tenido un embarazo previo o han presenciado embarazos de mujeres cercanas a ellas, esto no disminuye o incrementa sus propias dudas o preocupaciones acerca de lo que significa en su totalidad el embarazo, aunado a que cada embarazo se vivencia de forma diferente. Así mismo, lo anterior quizás se deba a la etapa de madurez que presenta la adolescente con embarazos previos. Si bien, su propia experiencia con los síntomas y cuidados del embarazo le ayudan a tener más en cuenta aspectos importantes respecto a la alimentación, atención médica y posibles complicaciones considerar en su actual embarazo. Ellas pueden percibir que su experiencia de embarazo actual es diferente a su propia experiencia pasada y a la de otras mujeres embarazadas.

Respecto al cuarto objetivo y la segunda hipótesis, no se encontró relación entre los conocimientos acerca del embarazo y la incertidumbre en adolescentes embarazadas y no se mostró un efecto de esta misma variable sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas. Esto difiere con lo reportado por Mondragón (2020) quien menciona que el conocimiento que las adolescentes tienen acerca del proceso de gestación, síntomas entre otros, les ayuda a encontrar parámetros de comparabilidad entre otras adolescentes embarazadas y ellas mismas y en consecuencia, disminuir el estado de ambigüedad sobre su futuro como madre. Por otro lado, Mondragón menciona que el conocimiento también brinda una pluralidad de escenarios de riesgo como el de un aborto, así como

posibles consecuencias negativas en la salud de la madre y el hijo, y esto podría acrecentar la incertidumbre en adolescentes embarazadas. Los resultados del presente estudio podrían deberse a que a pesar de que las adolescentes embarazadas, cuentan con un conocimiento bueno acerca del embarazo e incluso la posibilidad de acceso a mayor conocimiento por medio de varias fuentes; este conocimiento es independiente de otros factores que le producen incertidumbre.

Respecto al quinto objetivo, así como a la tercera hipótesis planteada del efecto entre la incertidumbre sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas. Se identificó relación positiva entre la incertidumbre y el estrés percibido en adolescentes embarazadas. Así mismo, se mostró un efecto directo de la incertidumbre sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas. Estos hallazgos son similares a los reportados por Barbosa (2016), Giurgescu et al. (2006) y Çevik y Yağmur (2018) quienes encontraron relación entre los estados de incertidumbre durante el embarazo y factores psicológicos como el estrés.

Esto podría deberse a que la falta de claridad acerca de los requerimientos económicos, afectivos y posibles complicaciones del embarazo. Así mismo, existe una serie de acontecimientos por los que la adolescente tiene que cursar y que implican un gran esfuerzo emocional como la pérdida de la confianza en sí misma, así como todos los pensamientos acerca del dolor o posibles complicaciones durante el embarazo, parto y en general acerca de su nuevo rol de madre lo cual podría generar incertidumbre sobre su futuro y el resultado de esto podría ser mayor percepción de estrés por no saber si será capaz de superar la etapa que vive.

Para discutir el sexto objetivo que propuso determinar la relación entre el estrés percibido y la búsqueda de apoyo familiar y profesional de salud. Así como la cuarta hipótesis del efecto del estrés percibido sobre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud). Se identificó que no existe relación entre el estrés percibido de las adolescentes embarazadas del presente estudio con la búsqueda de apoyo familiar

(padres o pareja), pero si existe relación negativa del estrés percibido con la búsqueda de apoyo profesional de salud.

La relación negativa observada en el presente estudio entre el estrés percibido y la búsqueda de apoyo profesional de salud, concuerda con lo referido por Omidvar et al. (2018) quienes con sus resultados demostraron que el estrés específico del embarazo se asoció negativamente con responsabilidades hacia la salud como la búsqueda de una segunda opinión de los proveedores de servicios de salud. El hecho de que las adolescentes embarazadas que perciben mayor estrés, no busquen a los profesionales de la salud podría deberse a que los profesionales de salud no consideran los problemas psicológicos generados por el embarazo como el estrés percibido como parte de su función médica.

El estrés percibido mostró un efecto inverso sobre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud). Esto podría deberse a que según Faramarzi y Pasha (2015) aquellas embarazadas menos cercanas a familiares y amigos suelen ser las que tienen menor resistencia al estrés. Por lo tanto, el estrés resulta ser mayor en aquellas embarazadas que no cuentan con fuentes confiables a las que acudir frente al estrés que perciben. Las adolescentes embarazadas con mayor estrés podrían no buscar apoyo de familiares o profesionales debido a que no consideran que no cuentan con ese apoyo.

En relación con el séptimo objetivo acerca de la relación entre la búsqueda de apoyo social familiar y profesional de salud, con el bienestar físico (no consumo de alcohol durante el embarazo) así como con el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal). Así como a la quinta hipótesis que plantea que la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) tiene efecto directo sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) y sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal), se observó una relación negativa y un efecto inverso entre la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud) con el bienestar físico (no consumo de alcohol).

En el presente estudio el bienestar físico está representado por el no consumo de alcohol durante el embarazo (cero veces de consumo de alcohol). Por lo tanto, se considera que a mayor búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud), el número de veces de consumo de alcohol y de bebidas alcohólicas se aproximará a cero, es decir al bienestar físico.

Estos resultados de la búsqueda de apoyo sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) concuerdan con De Genna, Larkby y Cornelius (2007) ya que, en su estudio, el apoyo social fue un amortiguador para el no consumo de alcohol durante el embarazo en el 2° y 3er trimestre. Lo anterior podría deberse a que, en la adolescente embarazada, el compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución influye en la percepción de apoyo afectivo, emocional, económico, así como en los posibles riesgos y expectativas del embarazo y parto. Esto podría ayudarlas a tomar la decisión de no consumir alcohol. Así mismo, el buscar la opinión de profesionales de la salud podría generar el aumento en la percepción de riesgo del alcohol para el desarrollo del bebé en gestación debido a que se sientan más informadas no solo acerca de las recomendaciones respecto al consumo de alcohol durante el embarazo, sino que también de los aspectos del desarrollo del embarazo y las posibles complicaciones. Estos hallazgos enfatizan la importancia del personal de salud en cuanto a la orientación de este tipo de conductas no saludables durante el embarazo.

Respecto al bienestar psicosocial dentro del objetivo siete y la sexta hipótesis del estudio. Los resultados indicaron que la búsqueda de apoyo familiar (padres y pareja) no se relacionó con el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal). Esto difiere con estudios como el de Casanueva y Fajardo (2015), quienes identificaron que las embarazadas que cuentan con el apoyo de su padre y madre durante el embarazo experimentan significativamente mayor felicidad y mayor bienestar psicosocial.

Los resultados podrían deberse a que las adolescentes embarazadas que buscan del apoyo de sus familiares y/o pareja en forma de acompañamiento, apoyo económico y

emocional podría no generar el bienestar psicosocial suficiente para su adaptación al embarazo. Sin embargo, la búsqueda de apoyo profesional de salud si mostró relación con el bienestar psicosocial. Esto podría significar que la forma de afrontar el proceso del embarazo a través profesionales les ayuda a comprender mejor su embarazo debido a que les ayuda a saber si el embarazo y parto se llevarán a cabo con normalidad. Así mismo tienen mayores herramientas que les ayuda a disminuir los sentimientos de malestar psicosocial respecto al embarazo y parto. Probablemente por las orientaciones y cuidados ofrecidos y el dar confianza a la adolescente sobre el proceso de embarazo y parto como algo seguro y normal, en este sentido se observa que la adolescente tiene mayor confianza en ellos que en su familia y pareja porque reconocen que los profesionales por su formación son más confiables sobre la orientación que les ofrecen.

Respecto al efecto, la búsqueda de apoyo social tanto de familiar y profesional de salud en conjunto mostró efecto directo sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal). Se considera que aquellas adolescentes que buscan en mayor medida apoyo por parte de familiares y profesionales son aquellas que tienen menor bienestar psicosocial. Esto es similar a lo referido por Lederman y Weis (2009) quienes refieren que aquellas embarazadas que usan mayor variedad de estrategias cognitivas y conductuales como la búsqueda de información y orientación, generalmente son aquellas que se encuentran menos felices con su embarazo. Esto podría deberse a que aquellas adolescentes que en mayor medida comparten el problema y buscan resolver sus dudas con familiares y profesionales, son aquellas adolescentes que normalmente necesitan un espacio para resolver sus inquietudes e interrogantes y porque experimentan sentimientos de preocupación y miedo acerca de las posibles anomalías o situaciones que pueden ocurrirle durante el embarazo y parto. Aquellas adolescentes que no buscan apoyo por parte de otros podrían reflejar sentirse informadas acerca de las molestias corporales y otros aspectos del embarazo. En este sentido, los profesionales de la salud podrían ser un reforzador para identificar factores de riesgo, abordar aspectos

relacionados con los signos de alarma, los cambios en la imagen, cambios emocionales, así como el fomento de comportamientos saludables que preparen a las adolescentes para el embarazo y les ayuden a formar una imagen de sí mismas como madres.

Respecto al objetivo general que menciona determinar la capacidad explicativa de los síntomas, la familiaridad con el embarazo (embarazos previos y experiencia de amigas o familiares embarazadas), los conocimientos acerca del embarazo, la incertidumbre, el estrés percibido y la búsqueda de apoyo social (familiar y profesional de salud de salud) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol) y así mismo sobre el bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal) en adolescentes embarazadas, se discute los resultados a continuación.

El Modelo de Regresión Logística con la variable resultado bienestar físico (no consumo de alcohol), no mostró significancia estadística. Estos resultados podrían deberse al acercamiento transversal y a la baja concentración de observaciones de consumo de alcohol durante el embarazo entre las adolescentes embarazadas. Sin embargo, los resultados también pueden deberse a que, en general, el consumo de alcohol es un tabú que va en contra de la norma social (Skagerström, 2015). Por lo tanto, ni aquellos elementos que podrían generar ambigüedad en el embarazo, la ambigüedad en sí misma, ni la reacción emocional o la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento influyen en la abstención del consumo de alcohol en adolescentes embarazadas. Sino que existen otros factores externos que podrían influir en el no consumo de alcohol más que la forma en lo perciben, valoran y afrontan.

En cuanto a los síntomas, los resultados no significativos podrían deberse a que según Lederman y Weis (2020) los síntomas no se presentan igual en las mujeres. Estos pueden no generar ninguna molestia en algunas mujeres o por el contrario ser tan graves que incluso pueden significar un posible rechazo al embarazo en otras. Esto podría significar que, para algunas mujeres los síntomas producidos por el embarazo no sean suficientes para determinar la abstinencia o continuación del consumo de alcohol

durante el embarazo. La familiaridad con el embarazo podría no influir en el consumo de alcohol debido a que, los embarazos son diferentes entre un hijo y otro al igual que entre una persona u otra ya sea familiar o una amiga cercana. A pesar del riesgo conocido respecto al no consumo de alcohol durante el embarazo, estas diferencias en las recomendaciones podrían resultar en poca claridad y por lo tanto no influir de manera significativa sobre la decisión de consumir o no alcohol durante el embarazo basadas en las experiencias propias o de familiares o amigas embarazadas.

El efecto no significativo de los conocimientos sobre el no consumo de alcohol coincide con Chang et al. (2006) quienes en su investigación el principal hallazgo fue que el conocimiento acerca de los riesgos del uso de alcohol durante el embarazo no mostró influencia sobre el consumo de alcohol durante el embarazo. Esto podría deberse a que el conocimiento sobre el embarazo no representa una fuente confiable de información que dirija a las adolescentes embarazadas a la puesta en marcha de comportamientos saludables como la abstinencia de alcohol. La incertidumbre a pesar de resultar en una falta de claridad y previsibilidad del futuro no mostró efecto sobre el no consumo, esto podría deberse a otros factores que influyen en el consumo del alcohol fuera del significado que le brindan al embarazo.

El estrés percibido en conjunto con las demás variables independientes, no mostró efecto sobre el no consumo de alcohol. Esto podría deberse a que el estrés es una percepción de pérdida de control que desencadena la puesta en marcha estrategias de afrontamiento, sin embargo, las respuestas a este estímulo podrían ser muy diferentes entre adolescente y adolescente embarazada, lo que hace difícil observar un efecto significativo sobre un fenómeno complejo. La búsqueda de apoyo social no influyó sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol). Esto podría deberse a que solicitar apoyo o consejo de algún familiar o profesional de salud, cuando existen otros aspectos involucrados, no necesariamente genera en ellas un referente suficiente para evitar o consumir alcohol.

En cuanto al bienestar psicosocial, el modelo general mostró significancia estadística con efectos de la incertidumbre y el estrés percibido sobre el bienestar psicosocial. Esto coincide con lo planteado teóricamente por Mishel (mas funadamento). En cuanto a la incertidumbre, algunos estudios han reportaron datos similares a los de la presente investigación. A menor incertidumbre mayor bienestar psicosocial en el embarazo (Schmuke, 2019). De igual manera, los resultados observados en cuanto al estrés percibido coinciden con Chou et al. (2008), Farshid et al. (2018), Giurgescu et al. (2006) y Shamsaei et al. (2019) quienes coinciden en que el estrés percibido influye en el estado de bienestar general en adolescentes embarazadas. Con base en estos resultados podría ser que en conjunto, la claridad, la información suficiente, la ausencia de ambigüedad e imprevisibilidad. Así como, el conjunto de emociones como el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento influyen en la aceptación del embarazo, la identificación con el rol materno, la calidad de la relación con la madre, la calidad de la relación con la pareja, la preparación para el parto, el miedo al dolor y a la pérdida del control durante el parto y a la preocupación por el bienestar propio y del bebé. Lo anterior podría deberse a que la consecución normal del embarazo, las experiencia, conocimiento y los sentimientos de incertidumbre y estrés percibido bajos, resultan en una mayor adaptación materna prenatal.

Los síntomas del embarazo no influyeron sobre el bienestar psicosocial. Esto difiere con Chou et al. (2008) quienes encontraron un efecto directo de síntomas como náuseas y vomito sobre el puntaje de bienestar psicosocial (adaptación materna prenatal). Es decir, a mayores náuseas y vómitos menor adaptación materna prenatal. Así mismo, difiere con Lederman y Weis (2020) quienes muestran una asociación de la prevalencia de síntomas en el embarazo con la aceptación del embarazo. Esto podría deberse a que la frecuencia de los síntomas en las adolescentes embarazadas de la presente investigación no es suficiente como para generar un conflicto con la maternidad ni inexistentes como para indicar aceptación del embarazo.

La familiaridad con el embarazo, no influyó sobre el bienestar psicosocial. Esto difiere con lo reportado por Lederman y Weis (2020) quienes mencionan que la experiencia pasada con la maternidad ha sido una ventaja durante el proceso de identificación con el rol materno. Esto podría deberse a que la mayoría de las adolescentes embarazadas en el presente estudio eran primigestas, por lo cual no habían experimentado un embarazo propio. Los conocimientos no influyeron sobre el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas. Este resultado podría deberse a que los conocimientos generales sobre el embarazo no son suficientes para incrementar la aceptación al embarazo, sino que estar mejor informada acerca del proceso de labor y parto es de mejor ayuda.

Conclusiones

Las adolescentes embarazadas reportaron en su mayoría edades entre 17 y 19 años. Se observó que una alta proporción contaba con estudios de secundaria o preparatoria. Respecto al estado civil la mayoría se encontraba en unión libre. Se encontró que casi la mitad de las adolescentes embarazadas se encuentran en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se encontró que la mayoría de las adolescentes embarazadas han tenido solo un embarazo, así mismo el 7.9% han tenido al menos un aborto. Por último, respecto a las características obstétricas se encontró que la mayoría han acudido a diez o más consultas prenatales y acudieron a su primera consulta el primer trimestre.

Respecto a las prevalencias de consumo de alcohol, se observó que predominó el no consumo de alcohol en el último año con 74.3%. Así mismo, se observó que casi el 80 % de las adolescentes embarazadas no consumieron durante el embarazo, solo el 3% consumieron alcohol durante el último mes y el 1% consumieron alcohol en los últimos siete días.

Los síntomas del embarazo mostraron una relación positiva y significativa con la incertidumbre en adolescentes embarazadas. No obstante, los embarazos previos, la familiaridad con el embarazo y los conocimientos no mostraron una relación significativa con la variable incertidumbre en adolescentes embarazadas. La variable incertidumbre y la variable estrés percibido mostraron una relación positiva y significativa entre estas variables. Pero no se observó relación significativa de la variable estrés percibido y la variable búsqueda de apoyo familiar. Sin embargo, se observó una relación negativa y significativa de la variable estrés percibido y la variable búsqueda de apoyo profesional de salud.

En cuanto a la búsqueda de apoyo familiar, se encontró una relación negativa y significativa con el bienestar físico (no consumo de alcohol). Sin embargo, esta no presentó relación significativa con el bienestar psicosocial. En cuanto a la búsqueda de apoyo profesional de salud se encontró relación negativa y significativa con el bienestar físico (no consumo de alcohol). la búsqueda de apoyo profesional de salud mostró relación positiva y significativa con el bienestar psicosocial.

Los síntomas del embarazo tienen un efecto directo sobre la incertidumbre en adolescentes embarazadas, pero el número de embarazos previos en las adolescentes, así como el número de experiencias de familiares o amigas embarazadas no mostraron efecto significativo sobre la incertidumbre las adolescentes embarazadas. Así mismo no se observó efecto significativo del conocimiento sobre el embarazo con la incertidumbre de las adolescentes embarazadas. La incertidumbre mostro un efecto directo sobre el estrés percibido en adolescentes embarazadas y el estrés percibido mostró un efecto inverso sobre la búsqueda de apoyo familiar. La búsqueda de apoyo social mostró un efecto inverso sobre el no consumo de alcohol durante el embarazo. De igual manera la búsqueda de apoyo social mostró un efecto directo sobre el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas.

El modelo de los síntomas del embarazo, la familiaridad con el embarazo, los conocimientos acerca del embarazo, la incertidumbre, el estrés percibido, la búsqueda de apoyo social no mostraron influencia significativa sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol). Sin embargo, en cuanto al bienestar psicosocial, el modelo si fue significativo y explica el 26.2% de esta variable. Observando efectos inversos y significativos de la incertidumbre y el estrés percibido sobre el bienestar psicosocial.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones del estudio fue el aislamiento social por parte de la contingencia de salud producida por la enfermedad de COVID-19. Las consultas prenatales fueron suspendidas por un tiempo en la institución en la que se tenía planeada la recolección de los datos. La autorización de la recolección se vio amenazada debido a que las mujeres embarazadas son un grupo de riesgo.

El estudio es exploratorio transversal, por lo que las observaciones se dieron en un solo tiempo. Esto no permite comprobar si las variables influyen a lo largo del embarazo.

Recomendaciones

Se recomienda al personal de enfermería indagar acerca de consumo de alcohol y fomentar la orientación y consejería para su abstinencia, así mismo indagar aspectos psicológicos como el estrés percibido y promocionar la búsqueda de apoyo familiar y profesional en las adolescentes embarazadas.

Realizar énfasis en la consulta prenatal acerca de los riesgos del consumo de alcohol y acerca de comportamientos saludables como el control prenatal a seguir durante el embarazo. Así mismo se podría incluir a la pareja o familiares de las adolescentes embarazadas durante las consultas prenatales y brindarles orientación e información acerca de los beneficios de la abstinencia del alcohol durante el embarazo,

así como de las formas en las que pueden brindar apoyo de las adolescentes embarazadas.

Indagar durante la consulta prenatal acerca de las dudas, preocupaciones, pensamientos y emociones presentes en las adolescentes embarazadas debido a que se identificó que estos influyen en la adaptación materna prenatal.

Replicar el estudio en muestras mayores para identificar si los resultados muestran mayor efecto para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar físico en adolescentes embarazadas.

Realizar estudio longitudinal ayudaría a tener mayor entendimiento sobre el no consumo durante el embarazo y la adaptación materna al embarazo. Así como realizar estudios con metodología mixta que permita comprender el tema con mayor profundidad.

Continuar utilizando la Teoría de la Incertidumbre de Mishel como fundamento teórico para el desarrollo de modelos explicativos de enfermería para conocer de mejor manera el consumo de alcohol durante el embarazo, así como su bienestar psicosocial.

Referencias

- Aguilar Barrera, M., & Gutiérrez Pulido, H. (2017). Desigualdad de género y cambios sociodemográficos en México. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 26 (51), 2-19.
- Armegol, A. R, Chamarro, L. A. & García-Dié, M. M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología*, 23(1), 25.
- Barbosa. M. R. C. (2016). Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. (tesis inédita de doctorado). Recuperada de Repositorio de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Bottorff, J. L., Poole, N., Kelly, M. T., Greaves, L., Marcellus, L., & Jung, M. (2014). Tobacco and alcohol use in the context of adolescent pregnancy and postpartum: A scoping review of the literature. *Health & social care in the community*, 22(6), 561-574.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014) *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*.
- Cancino, A. M. M., & Valencia, M. H. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76–82. doi:10.1016/j.rprh.2015.05.004
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*, 0(005), 191.
<https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.876>
- Casanueva, C. N., & Fajardo, C. M. I. (2015). Apoyos percibidos y deseos en la adolescente: variables que operan en la experiencia de felicidad con el embarazo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(1), 111-121. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851779012>

- Chang, G., Orav, E. J., Jones, J. A., Buynitsky, T., Gonzalez, S., & Wilkins-Haug, L. (2011). Self-reported Alcohol and Drug Use in Pregnant Young Women. *Journal of Addiction Medicine*, 5(3), 221–226. doi:10.1097/adm.0b013e318214360b Doi, L.,
- Clauson, M. (1996). Uncertainty and Stress in Women Hospitalized With High-Risk Pregnancy. *Clinica Nursing Research*, 5(3), 309–325.
<https://journals.sagepub.com/home/cnr>
- CNN. (2016) “La fórmula perfecta radio”.
<https://edition.cnn.com/videos/spanish/2015/07/27/cnnee-intvw-cafe-maristela-monteiro-how-much-latinamerica-drinks.cnn>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
<http://www.jstor.org/stable/2136404>
- Comisión Nacional de Población. (2017). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
<https://www.gob.mx/conapo/documentos/documento-oficial-de-la-estrategia>
- Cook, S. M., & Cameron, S. T. (2015). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25(9), 243-248.
- Córdoba, R., Escobar, L. P., & Guzmán, L. L. (2012). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. *RFS Revista Facultad de Salud*, 4(1), 39.
<https://doi.org/10.25054/rfs.v4i1.118>
- De Genna, N. M., Larkby, C., & Cornelius, M. D. (2007). Early and adverse experiences with sex and alcohol are associated with adolescent drinking before and during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 32(12), 2799–2810.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.04.018>

- Della M. M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista iberoamericana de educación*, 38(3), 1-15.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Elliott, E. J. (2015). Fetal alcohol spectrum disorders in Australia—the future is prevention. *Public Health Res Pract*, 25(2): e2521516. doi: <http://dx.doi.org/10.17061/phrp2521516>
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México. Secretaría de Salud.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/246052/hojasresumen_Alcohol-V3.pdf
- Faramarzi, M., & Pasha, H. (2015). The role of social support in prediction of stress during pregnancy. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 17(11), 53–60. <https://doi.org/10.22088/jbums.17.11.52>
- Farshid, S., Azam, M., Fatemeh, S., Farzaneh, S., Fazlollah, A., & Ghodratollah, R. (2018). The relationship between general health and coping style with perceived stress in primigravida healthy pregnant women: Using the PATH model. *Women and Health*, 59(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1434587>
- Favela, M. A. O., Castillo, M. M. A., & García, K. S. L. (2008). Factores personales y creencias relacionados con el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), 63-78.
- Fawcett, J. (2009). The structure of contemporary knowledge. En *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. (2da. Ed.). Capítulo 1, pp. 3-33.
- Foxcroft, K. F., Callaway, L. K., Byrne, N. M., & Webster, J. (2013). Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1). doi:10.1186/1471-2393-13-3

- García-Regalado, J. F., & Montañez-Vargas, M. I. (2012). Signos y síntomas de alarma obstétrica Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(6), 651-657.
- Giurgescu, C., Misra, D. P., Sealy-Jefferson, S., Howard-Caldwell, C., Templin, T. N., Slaughtter, J. C., & Osypuk, T. L. (2015). The impact of neighborhood quality, perceived stress, and social support on depressive symptoms during pregnancy in African American women. *Soc Sci Med*, 130, 172–180.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, MC, y Bryant, FB (2006). Impacto de la incertidumbre, apoyo social y afrontamiento prenatal en el bienestar psicológico de las mujeres embarazadas de alto riesgo. *Nursing Research*, 55 (5), 356-365. doi: 10.1097 / 00006199-200609000-00008
- Giurgescu, C., Zenk, S. N., Engeland, C. G., Garfield, L., & Templin, T. N. (2017). Racial Discrimination and Psychological Wellbeing of Pregnant Women. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(1), 8–13.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000297>
- Gürkan, Ö. C., & Güloğlu, Z. E. (2018). The validity and reliability of the turkish version of the pregnancy symptoms inventory. *Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing*.
- Gutiérrez, P. J. A., & Jiménez, A. G. (2013). Abuso de drogas en la etapa perinatal y daño neurológico al feto, el recién nacido y en las edades pediátricas. En Viveros, F. S. (Eds.), *Cerebro y drogas* (pp.65-88). México: El manual moderno.
- Handley, M. C. (2006). Emotional responses to pregnancy based on geographical classification of residence. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 6(2), 7–17. <https://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/150>

- Högberg, H., Skagerström, J., Spak, F., Nilsen, P., & Larsson, M. (2016). Alcohol consumption among partners of pregnant women in Sweden: a cross sectional study. *BMC public health*, 16(1), 694.
- Högberg, H., Skagerström, J., Spak, F., Nilsen, P., & Larsson, M. (2016). Alcohol consumption among partners of pregnant women in Sweden: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 16(1). doi:10.1186/s12889-016-3338-9
https://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/ Gilinsky, A., Swanson, V., & Power, K. (2010). Interventions delivered during antenatal care to reduce alcohol consumption during pregnancy: A systematic review. *Addiction Research & Theory*, 19(3), 235–250.
 doi:10.3109/16066359.2010.507894
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Villatoro-Velázquez, J. A., Oliva R. N., ... & Medina-Mora, M. E. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. México DF. Secretaría de Salud.
www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz, E., ... & Mendoza, A. L. (2017).
- Jensen, J., Kenyon, D. B., & Hanson, J. D. (2015). Preventing alcohol-exposed pregnancy among American-Indian youth. *Sex Education*, 16(4), 368–378.
 doi:10.1080/14681811.2015.1082070
- Jepson, R., & Cheyne, H. (2015). A realist evaluation of an antenatal programme to change drinking behaviour of pregnant women. *Midwifery*, 31(10), 965-972.
- Jiménez, L., & Juárez, M. (2012). Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. *Desarrollo científico de enfermería*, 20(2), 42-45.

- Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2010). A prospective investigation of the relationships among sleep quality, physical symptoms, and depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 317–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.015>
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Svikis, D. S., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2017). The Protective Effect of Pregnancy on Risk for Drug Abuse: A Population, Co-Relative, Co-Spouse, and Within-Individual Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 954–962. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16091006
- Kingston, D., Heaman, M., Urquia, M., O'Campo, P., Janssen, P., Thiessen, K., & Smylie, J. (2015). Correlatos de abuso en la época del embarazo: resultados de una encuesta nacional de mujeres canadienses. *Revista de salud materna e infantil*, 20(4), 778–789. doi: 10.1007 / s10995-015-1908-6
- Klima, C. S. (2003). Centering pregnancy: A model for pregnant adolescents. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 48(3), 220–225. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(03\)00062-X](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(03)00062-X)
- Krans, E. E., Moloci, N. M., Housey, M. T., & Davis, M. M. (2014). Impact of Psychosocial Risk Factors on Prenatal Care Delivery: A National Provider Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 18(10), 2362–2370. doi:10.1007/s10995-014-1476-1
- Leichtentritt, R. D., Blumenthal, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High-Risk Pregnancy and Hospitalization: The Women's Voices. *Health & Social Work*, 30(1), 39–47. doi:10.1093/hsw/30.1.39
- Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J., & Gutiérrez-Leyva, C. D. J. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223-229.

- Management of Substance Abuse Unit, World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=A6C7C9FB82BE46294A9E3EE95F3551E0?sequence=1
- Martín, M. Á. G. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.
- Martínez, P., & Waysel, K. R. (2009). Depresión En Adolescentes Embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 261–274.
- Mengole-Amaya, T. A., & Iannacone, J. (2010). Factores socioculturales, conocimiento y actitudes Y no dolientes frente al embarazo en el hospital José Aguto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009. *The biologist*, 8, 164–178.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Monterrosa-Castro, A., & Ulloque-Camaño, L., & Arteta-Acosta, C. (2018). Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20 (2)
- Mora, A. C., & Hernández, V. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76-82.
- Moya-Plata, D., Guiza-Salazar, I. J., & Mora-Merchán, M. A. (2010). Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. *Revista CUIDARTE*, 1(1).
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.73>
- Muñoz, M. P., & Oliva, P. O. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74(5), 281–285.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000500003>
- Natera, G. R. (2018). Aspectos generales sobre el consumo de alcohol y sus problemas. *Salud Mental*, 5, 7-10. Onah, MN, Field, S., van Heyningen, T., & Honikman, S. (2016). Predictores de consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres

- embarazadas en un entorno periurbano de Sudáfrica. *Revista Internacional de Sistemas de Salud Mental*, 10 (1). doi: 10.1186 / s13033-016-0070-x
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2010). *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors*, (pp.57).
- Nilsen, P., Skagerström, J., Rahmqvist, M., hultgren, E., & blomberg, M. (2012). *Alcohol prevention in Swedish antenatal care: effectiveness and perceptions of the Risk Drinking project counseling model. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(6), 736–743. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01402.x
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia*, 4(2), 69-82.
- Organización Mundial de la Salud (Febrero, 2018) Adolescent pregnancy.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108:2015-regional-report-alcohol-health&Itemid=41530&lang=es
- Oviedo-Caro, M. A., Bueno-Antequera, J., & Munguía-Izquierdo, D. (2016). Spanish version of Pregnancy Symptoms Inventory: transcultural adaptation and reliability. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(18), 2185–2192. doi:10.1080/14767058.2016.1242125
- Peñacoba-Puente, C., Carmona, F. J. M., & Marín, D. M. (2011). Pregnancy worries: A longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 90(9), 1030–1035. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01208.x>

- POD, P. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). OMS.
- Prado J., J. (2012). Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 8(1), 2-9.
- Prías-Vanegas, H. E., & Miranda-Mellado, C. (2009). Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. *Aquichan*, 9(1), 93-105.
- Quintero R. A. P., & Rojas B. H. M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(44), 222-237.
- Raya, Z., César, A., Contreras, S., Jatziri, G., Gómez Alonso, C., & Chacón Valladares, P. (2018). Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Atención Familiar*, 25(2), 54-58.
- Rodríguez L., P., y Flores G. R. Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- Ruisch, I. H., Dietrich, A., Glennon, J. C., Buitelaar, J. K., & Hoekstra, P. J. (2018). Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 325–336. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.08.014
- Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., & Ugalde, J. (2015). A Typology of Substance Use Among Pregnant Teens in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 20(3), 646–654. doi:10.1007/s10995-015-1864-1
- Silveira, ML, Pekow, PS, Dole, N., Markenson, G., y Chasan-Taber, L. (2012). Correlatos del alto estrés percibido entre las mujeres hispanas embarazadas en el oeste de Massachusetts. *Revista de salud materna e infantil*, 17 (6), 1138–1150. doi: 10.1007 / s10995-012-1106-8

- Skagerström, J., Alehagen, S., Häggström-Nordin, E., Årestedt, K., & Nilsen, P. (2013). Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. *BMC Public Health*, 13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-780
- Skagerström, J., Chang, G., & Nilsen, P. (2011). Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal of Women's Health*, 20(6), 901–913. doi:10.1089/jwh.2010.2216
- Steinmetz, A. R., Abrams, E. T., & Young, S. L. (2012). Patterns of Nausea, Vomiting, Aversions, and Cravings during Pregnancy on Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. *Ecology of Food and Nutrition*, 51(5), 418–430. <https://doi.org/10.1080/03670244.2012.696011>
- Törrönen & Kalle Tryggvesson (2015) ALCOHOL, HEALTH, AND REPRODUCTION, *Critical Discourse Studies*, 12:1, 57-77, DOI: 10.1080/17405904.2014.934386
- Van der Wulp, N. Y., Hoving, C., & de Vries, H. (2013). A qualitative investigation of alcohol use advice during pregnancy: Experiences of Dutch midwives, pregnant women and their partners. *Midwifery*, 29(11), e89–e98. doi:10.1016/j.midw.2012.11.014
- Van der Wulp, N. Y., Hoving, C., & de Vries, H. (2014). Partner's Influences and Other Correlates of Prenatal Alcohol Use. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 908–916. doi:10.1007/s10995-014-1592-y
- Van der Wulp, N. Y., Hoving, C., & de Vries, H. (2015). Correlates of partner support to abstain from prenatal alcohol use: a cross-sectional survey among Dutch partners of pregnant women. *Health & Social Care in the Community*, 24(5), 614–622. doi:10.1111/hsc.12235
- Vazquez, N. F., Vazquez., R. C., Vazquez, R. E., Castillo, R. O., Iribar, I. M. (2016). Tobacco and alcohol use in adolescents with unplanned pregnancies: relation with

- family structure, tobacco and alcohol use at home and by friends. *African Health Sciences*, 16(1), 27. doi:10.4314/ahs.v16i1.4
- Veloso, LUP., & Monteiro, CFS. (2013). Prevalence and factors associated with alcohol use among pregnant adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 433–441. doi:10.1590/s0104-11692013000100020
- Watt, M. H., Eaton, L. A., Dennis, A. C., Choi, K. W., Kalichman, S. C., Skinner, D., & Sikkema, K. J. (2015). Alcohol Use During Pregnancy in a South African Community: Reconciling Knowledge, Norms, and Personal Experience. *Maternal and Child Health Journal*, 20(1), 48–55. doi:10.1007/s10995-015-1800-4
- Watt, M. H., Eaton, L. A., Dennis, A. C., Choi, K. W., Kalichman, S. C., Skinner, D., & Sikkema, K. J. (2015). Alcohol Use During Pregnancy in a South African Community: Reconciling Knowledge, Norms, and Personal Experience. *Maternal and Child Health Journal*, 20(1), 48–55. doi:10.1007/s10995-015-1800-4
- Wisborg, K., Barklin, A., Hedegaard, M., & Henriksen, T. B. (2008). Psychological stress during pregnancy and stillbirth: Prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(7), 882–885. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x>
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 20(1), 39–52. <https://doi.org/10.3109/01674829909075575>
- Zambrano P., G.E., Vera L., S.F. & Flórez O., L.Y. (2012). Relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Revista Científica y Cuidado*, 9(2), 9-16.

Apéndices

Apéndice A

Cuestionario de Pfeiffer

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas rellenando los espacios en blanco

Pregunta	Respuesta
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el presidente del Gobierno actual?	
¿Cómo se llamaba el anterior presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	
Total (máximo: 10 puntos)	

Apéndice B

N° _____

Cédula de datos sociodemográficos, obstétricos y de prevalencia de consumo de alcohol

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas rellenando los espacios en blanco y seleccionando el recuadro correspondiente.

Datos sociodemográficos

1. Edad _____

2. Escolaridad

Número de años cursados _____

3. Estado civil

-Soltera ☐-Casada ☐-Unión libre ☐**Datos obstétricos**

4. Semanas de embarazo _____

5. Número de embarazos _____

6. Número de partos _____

7. Número de abortos previos _____

8. Número de consultas prenatales _____

9. Semana de gestación en primera consulta prenatal _____

Familiaridad con el embarazo10. ¿Alguna vez has estado embarazada? Si ☐ No ☐

11. Número de experiencias de embarazos previos _____

12. ¿Alguna de tus amigas, hermanas, madre o familiar cercana a ti ha estado embarazada? Si ☐ No ☐

13. Número de experiencias de embarazos de mujeres cercanas (Hermanas embarazadas, amigas embarazadas, embarazos de la madre) _____

Prevalencia de Consumo de AlcoholSI ☐ NO ☐

14. Consumo de alcohol alguna vez en la vida

SI ☐ NO ☐

15. Consumo de alcohol en el último año

SI ☐ NO ☐

16. Consumo de alcohol en los últimos 30 días

SI ☐ NO ☐

17. Consumo de alcohol en los últimos siete días

18. ¿Posterior a la confirmación del embarazo ¿continuó consumiendo alcohol?

Si ☐ No ☐, ¿Qué cantidad de veces? _____

19. Si consumiste alcohol durante el embarazo ¿qué cantidad de bebidas consumes en un día típico de consumo? _____

(Lata de cerveza (355ml) o 1 oz de licor equivalen a 1 bebida)

Apéndice C

Inventario de síntomas del embarazo

(Oviedo-Caro, Bueno-Antequera, Munguía-Izquierdo, 2016)

Instrucciones: Selecciona el número que muestre la frecuencia con la que ha presentado cada uno de los siguientes síntomas. 1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Algunas veces, 4 = Frecuentemente.

Síntoma				
Cansancio o fatiga	1	2	3	4
Nauseas	1	2	3	4
Vómitos	1	2	3	4
Reflujo	1	2	3	4
Estreñimiento	1	2	3	4
Hemorroides	1	2	3	4
Boca seca	1	2	3	4
Antojos alimenticios	1	2	3	4
Sueño alterado	1	2	3	4
Piernas inquietas	1	2	3	4
Calambres en las piernas	1	2	3	4
Ronquidos	1	2	3	4
Aumento en la frecuencia urinaria	1	2	3	4
Incontinencia urinaria/perdida de orina	1	2	3	4
Aumento de la secreción vaginal	1	2	3	4
Candidiasis	1	2	3	4
Cambios en la libido	1	2	3	4
Varices en la vagina	1	2	3	4
Túnel carpiano (manos adormecidas)	1	2	3	4

Síntoma				
Ciática / dolor en la parte posterior de las piernas	1	2	3	4
Dolor de espalda	1	2	3	4
Dolor pélvico o de cadera	1	2	3	4
Dolor de mamas	1	2	3	4
Dolor de cabeza	1	2	3	4
Pezones irritados	1	2	3	4
Mareos	1	2	3	4
Desmayo	1	2	3	4
Palpitaciones cardíacas	1	2	3	4
Dificultad respiratoria	1	2	3	4
Cambios en gusto y olfato	1	2	3	4
Pérdidas de memoria	1	2	3	4
Sentimientos depresivos	1	2	3	4
Ansiedad	1	2	3	4
Sueños reales	1	2	3	4
Imagen corporal alterada	1	2	3	4
Piel grasa/acné	1	2	3	4
Venas varicosas (varices)	1	2	3	4
Marcas marrones en la cara	1	2	3	4
Picor en la piel	1	2	3	4
Cambios en los pezones	1	2	3	4
Estrías	1	2	3	4
Manos o pies hinchados	1	2	3	4
Otros _____	1	2	3	4

Apéndice D

Cuestionario de conocimientos en el embarazo

(Mengole-Amaya & Iannacone, 2010)

Instrucciones: Selecciona la opción que consideres es la correcta.

1. El embarazo es

*El proceso en el que se desarrolla el feto en el interior del útero

2. EL embarazo se da por

*La unión del óvulo y el espermatozoide

3. ¿Dónde se desarrolla el niño durante el embarazo?

*En el útero

4. El embarazo a término dura

*40 semanas

5. ¿Por qué crees que es conveniente que exista comunicación entre la madre y el bebé durante el embarazo?

*Para que tenga un buen desarrollo emocional

6. ¿Se podrá tener relaciones sexuales durante el embarazo?

*Si, siempre y cuando no haya contraindicaciones

7. El hierro bajo la forma de Sulfato Ferroso durante el embarazo

*Es un complemento de los alimentos

8. Son signos de alarma durante el embarazo. Excepto

*La falta de apetito

9. ¿Cuántas dosis de vacuna antitetánica debe de recibir la gestante durante el embarazo?

*Dos

10. Durante el embarazo, el baño de la gestante debe ser

*Todos los días

Apéndice E

Escala de incertidumbre de Mishel

(Mishel, 1988)

Instrucciones: Selecciona la casilla que considere se adecua más a la afirmación de la izquierda. 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indeciso, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo

1. No sé qué está mal conmigo	1	2	3	4	5
2. Tengo muchas preguntas sin respuesta	1	2	3	4	5
3. No estoy segura de si mi embarazo está mejorando o empeorando	1	2	3	4	5
4. Me preocupa el dolor y sufrimiento generados por el embarazo	1	2	3	4	5
5. Las explicaciones que me dan sobre mi embarazo me parecen confusa	1	2	3	4	5
6. No es claro para mí si hay un manejo efectivo para el embarazo	1	2	3	4	5
7. No sé cuándo volveré a realizar mis actividades como antes	1	2	3	4	5
8. Los síntomas del embarazo cambian de un día para otro	1	2	3	4	5
9. Entiendo lo que se me explica sobre el embarazo y como debe ser abordado	1	2	3	4	5
10. Es difícil de saber si mejorará mi estado actual	1	2	3	4	5
11. Me puedo imaginar cuanto tiempo va a durar mi embarazo	1	2	3	4	5
12. El embarazo es muy difícil entender para mí	1	2	3	4	5

13. Es difícil de saber si con algún tratamiento va a mejorar mi embarazo	1	2	3	4	5
14. Las personas cercanas a mí me dan opiniones diferentes sobre mi embarazo	1	2	3	4	5
15. Debido a los cambios constantes del embarazo no puedo planear para el futuro	1	2	3	4	5
16. El embarazo cambia por momentos, tengo días buenos y malos	1	2	3	4	5
17. No sé cómo cuidar de mi embarazo debido a los cambios constantes	1	2	3	4	5
18. No tengo idea de lo que va a pasar en el futuro	1	2	3	4	5
19. Generalmente sé si tendré un día bueno o malo	1	2	3	4	5
20. No sé cuál es el mejor manejo para mi embarazo	1	2	3	4	5
21. Es difícil saber por cuánto tiempo podre cuidar de mi embarazo	1	2	3	4	5
22. Puedo suponer como va a evolucionar el embarazo	1	2	3	4	5
23. No es claro para mí si hay un diagnóstico de mi embarazo	1	2	3	4	5
24. La angustia física es observable y por eso sé cuándo va a mejorar o empeorar	1	2	3	4	5
25. Mi embarazo es definitivo y no va a cambiar	1	2	3	4	5
26. Puedo confiar en que tendré ayuda en cuanto la necesite	1	2	3	4	5
27. No tengo claro que tan grave es el embarazo	1	2	3	4	5
28. El lenguaje que se utiliza en la consulta prenatal es claro y sencillo para que pueda entender sobre el embarazo	1	2	3	4	5

Apéndice F

Escala de Estrés percibido

(Cohen et al., 1983)

Instrucciones: Las preguntas en esta escala son acerca de sus pensamientos y sentimientos durante el último mes. Para cada caso, se le pedirá indicar que tan frecuentemente se sintió o pensó de cierta forma. Aunque algunas preguntas son muy parecidas existen diferencias entre ellas y cada pregunta debe responderse por separado. Por favor selecciona la respuesta que más indique su forma de sentir y pensar de acuerdo con las siguientes opciones: 1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Algunas veces 4 = Frecuentemente 5 = Siempre.

1	En el último mes. ¿Con que frecuencia te has sentido molesta por algo que pasó inesperadamente a causa del consumo de alcohol?	1	2	3	4	5
2	En el último mes. ¿Con que frecuencia has sentido que eras incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	1	2	3	4	5
3	En el último mes ¿Con que frecuencia te has sentido nerviosa y/o estresada?	1	2	3	4	5
4	En el último mes ¿Con que frecuencia has sentido que has controlado exitosamente los derivados del consumo de alcohol?	1	2	3	4	5
5	En el último mes ¿Con que frecuencia has sentido que enfrentabas con efectividad los cambios importantes que estaban ocurriendo en lo relacionado con el consumo de alcohol?	1	2	3	4	5

6	En el último mes ¿Con que frecuencia te sentiste segura acerca de tu capacidad para controlar tus problemas personales?	1	2	3	4	5
7	En el último mes ¿Con que frecuencia sentiste que las cosas iban bien?	1	2	3	4	5
8	En el último mes ¿Con que frecuencia te diste cuenta de que no podías controlar todas las cosas que tenía que hacer debido al consumo de alcohol?	1	2	3	4	5
9	En el último mes ¿Con que frecuencia has sido capaz de controlar las cosas que te irritan o enojan del embarazo ?	1	2	3	4	5
10	En el último mes ¿Con que frecuencia sentiste que tenías bajo control las cosas relacionadas con el embarazo?	1	2	3	4	5
11	En el último mes ¿Con que frecuencia te has enojado por cosas que te ocurrieron que estaban fuera de su control?	1	2	3	4	5
12	En el último mes ¿Con que frecuencia te has encontrado pensando en cosas que pudiste haber hecho?	1	2	3	4	5
13	En el último mes ¿Con que frecuencia pudiste dominar la manera en que usas tu tiempo?	1	2	3	4	5
14	En el último mes ¿Con que frecuencia sentiste que las dificultades se iban acumulando hasta un punto que no podías superarlas?	1	2	3	4	5

Apéndice G

Escala de afrontamiento para adolescentes

Canessa (2002)

Sub-escala búsqueda de apoyo social (familiar)

Instrucciones: Selecciona la casilla correspondiente a que tan frecuente sueles hacer las siguientes afirmaciones.

1= Nunca lo hago 2 = Lo hago raras veces 3 = Lo hago algunas veces 4 = lo hago a menudo 5 = lo hago con mucha frecuencia

1	Hablo con otros (Padres o pareja) para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	1	2	3	4	5
2	Hablo con otros (Padres o pareja) para apoyarnos mutuamente	1	2	3	4	5
3	Busco ánimo en otras personas (Padres o pareja)	1	2	3	4	5
4	Hablo con otras personas (Padres o pareja) sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	1	2	3	4	5
5	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o pareja, para solucionar mis problemas	1	2	3	4	5

Sub-escala Búsqueda de apoyo profesional de salud

1	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo (Profesional de salud)	1	2	3	4	5
2	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas (Profesional de salud)	1	2	3	4	5
3	Pido ayuda a un profesional (Profesional de salud)	1	2	3	4	5
4	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo (Profesional de salud)	1	2	3	4	5

Apéndice H
Cuestionario de evaluación prenatal

(Armengol et al., 2007)

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y selecciona la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Ten en cuenta que: 1= Nunca, 2 = algunas veces, 3 = a frecuentemente y 4 = a siempre.

1	Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada	1	2	3	4
2	Puedo tolerar las molestias del embarazo	1	2	3	4
3	Mi pareja y yo hablamos del bebé que espero	1	2	3	4
4	Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada	1	2	3	4
5	Creo que el parto tendrá lugar con normalidad	1	2	3	4
6	Mi madre está ilusionada con el bebé que espero	1	2	3	4
7	Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías	1	2	3	4
8	Pienso en lo peor cuando me duele algo	1	2	3	4
9	Mi madre está contenta con mi embarazo	1	2	3	4
10	Mi madre me da buenos consejos	1	2	3	4

11	A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo	1	2	3	4
12	Estoy bien informada de lo que me espera en el parto	1	2	3	4
13	Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones	1	2	3	4
14	No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas	1	2	3	4
15	Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación	1	2	3	4
16	No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener	1	2	3	4
17	Mi madre ya espera a su nieto	1	2	3	4
18	Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé	1	2	3	4
19	Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito	1	2	3	4
20	Puedo contar con el soporte de mi pareja durante el parto	1	2	3	4
21	Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto	1	2	3	4
22	Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo	1	2	3	4
23	Estoy preparada para el parto	1	2	3	4

24	Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto	1	2	3	4
25	Me angustian las posibles complicaciones del parto	1	2	3	4
26	Pienso que podré resistir las incomodidades del parto	1	2	3	4
27	En el momento de tomar decisiones, mi pareja siempre nos ponemos de acuerdo	1	2	3	4
28	Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma	1	2	3	4
29	Me siento bien informada sobre el parto	1	2	3	4
30	Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto	1	2	3	4
31	Me cuesta aceptar este embarazo	1	2	3	4
32	Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera	1	2	3	4
33	Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil	1	2	3	4
34	Ojalá no estuviera embarazada	1	2	3	4
35	Tengo miedo de perder el bebé durante el parto	1	2	3	4
36	Mi madre critica mis decisiones	1	2	3	4

37	No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto	1	2	3	4
38	Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido	1	2	3	4
39	Ya siento afecto por el bebé	1	2	3	4
40	Creo que puedo ser una buena madre	1	2	3	4
41	Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé	1	2	3	4
42	Estoy feliz con este embarazo	1	2	3	4

Apéndice I

Consentimiento informado (Familiar)

Título del estudio: Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas.

Nombre del investigador principal: MCE. Roger Quintana Lagunas.

Institución: Facultad de enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Presentación

Como parte del Programa de Doctorado en Ciencias en Enfermería de la UANL, el MCE. Roger Quintana Lagunas se encuentra realizando el proyecto de tesis doctoral denominado “Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas”. Esta forma de consentimiento es una invitación formal a participar en el proyecto. La participación es totalmente voluntaria y antes de decidir si desea participar o no, se presenta una breve descripción del propósito del estudio, posibles riesgos, beneficios, uso de la información y de su derecho a retractarse en cualquier momento.

Propósito del estudio

Se pretende conocer acerca de los síntomas, las experticias previas, los conocimientos, dudas y preocupaciones que pueden causar estrés durante el embarazo en mujeres adolescentes. Así mismo se pretende conocer cómo afrontan el estrés y si esto tiene un efecto en el no consumo de alcohol y la adaptación materna prenatal.

Descripción del procedimiento

Si usted acepta que su familiar participe en el estudio, ella deberá contestar un total de 7 cuestionarios que abordan datos sociodemográficos y obstétricos, así como los síntomas de su embarazo. También incluirán instrumentos valoran los conocimientos, incertidumbres, estrés percibido, formas de afrontamiento y bienestar en el embarazo.

Nadie conocerá la información que ella conteste ya que, en lugar de su nombre, solo se utilizará un número de identificación y la información fue manejado solo por el investigador principal. Es su decisión si participa o no en el estudio. El llenado de los cuestionarios será virtual desde su hogar por medio de un dispositivo móvil y tendrá una duración aproximada de 20 min.

Posibles riesgos

No existe ningún riesgo relacionado con la participación de su familiar en el estudio. Sin embargo, si durante el llenado de cuestionarios se siente indispuesta o no desea seguir participando, podrá dejar de contestarlos en el momento que lo decida.

Beneficios

No hay ningún beneficio personal o monetario. Sin embargo, en un futuro con los resultados obtenidos, se podrá diseñar programas o intervenciones en enfermería para el beneficio de otras adolescentes embarazadas.

Costos

No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

La única persona que conocerá de la participación de su familiar en este estudio es el investigador responsable del estudio. La información no será proporcionada a otras personas como padres, tutores, personal médico o de enfermería del Hospital y sería resguardada en un lugar seguro y bajo llave. Los resultados finales de los cuestionarios serían publicados en una tesis presentados de forma global y anónima. Los cuestionarios se guardarán bajo llave durante 12 meses para fines de consulta del investigador y posteriormente se destruirán.

Derecho de retractarse

La participación es voluntaria, la decisión de participar o no participar en el estudio no afectara su relación actual con ninguna institución de salud. Así mismo, si usted acepta

la participación de su familiar tendrá libertad de retractarse en cualquier momento sin que sufra afectaciones en ninguno de sus derechos como paciente.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos que adquiere como participante de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), al teléfono 83481847 o en la dirección: Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro. CP 64460, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Yo voluntariamente acepto que mi familiar participe en el estudio denominado “Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas”. He leído la información en el formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Así mismo, aunque estoy aceptando que mi familiar participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar su participación en el momento en que ella o yo así lo decidamos.

☐

Acepto que mi familiar forme parte del estudio

☐

No Acepto que mi familiar forme parte del estudio

Apéndice J

Asentimiento informado (AE)

Título del estudio: Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas.

Nombre del investigador principal: MCE. Roger Quintana Lagunas

Institución: Facultad de enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León

Presentación

Mi nombre es Roger Quintana Lagunas, soy estudiante de doctorado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer algunos aspectos acerca del embarazo como síntomas, conocimientos, dudas, estrés, la forma en que se afronta este estrés y como estos podrían relacionarse con conductas como el consumo de alcohol, adaptación al embarazo entre otras. Tu participación es totalmente voluntaria, es decir, aun cuando algún familiar haya dicho que puedes participar, si no deseas participar puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. El llenado de los cuestionarios será virtual desde tu hogar por medio de un dispositivo móvil y tendrá una duración aproximada de 20 min. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y fue tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporciones y/o las respuestas que contestes nos ayudaran en un futuro a diseñar programas o intervenciones en enfermería para el beneficio de otras adolescentes embarazadas.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo las sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si tienes alguna pregunta sobre los derechos que adquieres como participante de esta investigación puedes comunicarte con la Comisión de Ética e Investigación de la facultad de enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), al teléfono 83481847 o en la dirección: Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro. CP 64460, Monterrey, Nuevo León.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas tu nombre y tu firma (si cuentas con ella) en la línea de abajo del siguiente enunciado:

Yo acepto voluntariamente participar en el estudio denominado “Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas”. Declaro que he leído la información en este formato y que todas mis preguntas han sido contestadas. Así mismo, aunque estoy aceptando mi participación en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento en el que yo o mi familiar así lo decidamos.

☐

Acepto participar en el estudio

☐

No Acepto participar en el estudio

Apéndice K

Consentimiento informado (AE)

Título del estudio: Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas.

Nombre del investigador principal: MCE. Roger Quintana Lagunas

Institución: Facultad de enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León

Presentación

Como parte del Programa de Doctorado en Ciencias en Enfermería de la UANL, el MCE. Roger Quintana Lagunas se encuentra realizando el proyecto de tesis doctoral denominado “Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas”. Esta forma de consentimiento es una invitación formal a participar en el proyecto. La participación es totalmente voluntaria y antes de decidir si deseas participar o no, a continuación, se presenta una breve descripción del propósito del estudio, posibles riesgos, beneficios, uso de la información y del derecho a retractarse en cualquier momento.

Propósito del estudio

Se pretende conocer acerca de los síntomas, las experiencias previas, los conocimientos, dudas y preocupaciones que pueden causar estrés durante el embarazo en mujeres adolescentes. Así mismo se pretende conocer cómo afrontan el estrés y si esto tiene un efecto en el no consumo de alcohol y la adaptación materna prenatal.

Descripción del procedimiento

Si aceptas participar en el estudio, deberás contestar un total de 7 cuestionarios que abordan datos sociodemográficos y obstétricos, así como síntomas del embarazo, conocimientos, incertidumbres, estrés percibido, formas de afrontamiento y el bienestar.

Nadie conocerá la información que contestes ya que, en lugar de nombre, solo se utilizará un número de identificación. Así mismo, la información solo es manejada por el investigador principal. El llenado de los cuestionarios será virtual desde tu hogar por medio de un dispositivo móvil y tendrá una duración aproximada de 20 min.

Posibles riesgos

No existe ningún riesgo relacionado con la participación de su familiar en el estudio. Sin embargo, si durante el llenado de cuestionarios se siente indispuesta o no desea seguir participando, podrá retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios

No hay ningún beneficio personal o monetario. Sin embargo, en un futuro con los resultados obtenidos, se podrá diseñar programas o intervenciones en enfermería para el beneficio de otras adolescentes embarazadas.

Costos

No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

La única persona que conocerá de la participación de su familiar en este estudio fue el investigador responsable del estudio. La información no fue proporcionada a otras personas como padres, tutores, personal médico o de enfermería del Hospital y fue resguardada en un lugar seguro y bajo llave. Los resultados finales de los cuestionarios serían publicados en una tesis presentados de forma global y anónima. Los cuestionarios se guardarán bajo llave durante 12 meses para fines de consulta del investigador y posteriormente se destruirán.

Derecho de retractarse

La participación es voluntaria, la decisión de participar o no participar en el estudio no afectara su relación actual con ninguna institución de salud. Así mismo, si usted acepta la participación de su familiar tendrá libertad de retractarse en cualquier momento sin que sufra afectaciones en ninguno de sus derechos como paciente.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos que adquiere como participante de esta investigación puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), al teléfono 83481847 o en la dirección: Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro. CP 64460, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Yo voluntariamente acepto participar en el estudio denominado “Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el no consumo de alcohol y el bienestar psicosocial en adolescentes embarazadas”. He leído la información en el formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Así mismo, aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación en el momento yo así lo decida.

☐

Acepto participar en el estudio

☐

No Acepto participar en el estudio

Resumen Autobiográfico

MCE. Roger Quintana Lagunas

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE INCERTIDUMBRE, ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacido en Iguala de la Independencia, Guerrero, México. El día 03 de mayo de 1992, hijo de María de Jesús Lagunas Bustamante y José Luis Quintana Barrera. Hermano mayor de tres hermanos Denisse, Edwin y Melvin.

Formación profesional: Egresado de la Unidad Académica de Enfermería N° 4 de la Universidad Autónoma de Guerrero con el grado de Licenciado en Enfermería en el año 2014. Egresado de la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería en el 2018. Diplomado en Prevención de Adicciones a las Drogas en Adolescentes Jóvenes y Familia. Estancia de investigación en la Universidad de Concepción, Chile en el año 2017. Becado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de doctorado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el periodo 2018 - 2021. Estancia de investigación en la facultad de enfermería, fisioterapia y podología de la Universidad Complutense de Madrid en el año 2020. Miembro activo de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau Internacional, Honor Society of Nursing; Capítulo Tau Alpha.

Experiencia profesional: Coordinador de Enfermería en comunidad terapéutica (Comunidad terapéutica Margaritas) de la CDMX durante el periodo de septiembre del 2015 a marzo del 2016. Instructor de prácticas clínicas de la Facultad de enfermería de la en el año 2019.

E-mail: roger.quintanal@uanl.edu.mx